

内科問診票

フリガナ

氏名 男・女 生年月日 大・昭・平・令 年 月 日
住所 〒

電話番号

本日はどうなさいましたか？

体調が悪い 転医 健康診断希望 その他 ()

症状はいつ頃からありますか？ 約 () 日・週間・ヶ月・年前から
特に調べてほしいこと、検査、治療がありましたらご記入ください。

過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？

なし あり ()

現在、治療中の病気はありますか？

なし あり ()

現在、飲んでいるお薬（市販薬やサプリメント含む）はありますか？

なし あり ()

喫煙、飲酒について教えてください

喫煙：吸わない 吸う (本/日 × 年間) 禁煙した (年前から)

飲酒：飲まない 飲む (週 日) 種類・量 ()

食べ物や薬・注射のアレルギーはありますか？

なし あり ()

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

いいえ はい (妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中)

当院をどちらでお知りになりましたか？

インターネット 看板 知人 通りがかり その他 ()

※ご協力ありがとうございました