

問診票（内科）

（フリガナ）

氏名 _____（男・女）

生年月日 T・S・H _____年 月 日（ 才） 職業 _____

住所 〒 _____

TEL _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 血圧 _____ / _____ 体温 _____ °C

次のことをご記入ください

1 今日とはどんな症状で来られましたか？（部位と痛みの種類、他）

2 いつ頃からですか？（原因がわかればそれもお書きください）

3 今の症状で、すでにどこかでみてもらいましたか？

いいえ・はい

4 今までに薬や注射で副作用はありましたか？

いいえ・はい（ピリン系・ヨード・ワクチン・抗生物質・その他 _____）

5 今までに大きな病気をしたあことがありますか？

いいえ・はい（何年前、どんな病気 _____）

6 現在、治療中の病気、既往歴はありますか？

いいえ・はい（ _____）

7 アレルギーはありますか？

いいえ・はい（ _____）

8 妊娠している可能性はありますか？

いいえ・はい

9 現在、授乳中ですか？

いいえ・はい

10 おくすり手帳はお持ちですか？

いいえ・はい

当クリニックをどのようにお知りいただきましたか？

知人紹介・看板・WEBサイト・ポストイン・通りがかり・その他（ _____）