

# 問 診 票 (内科・外科)

(フリガナ)

氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) ( \_\_\_\_\_ 才) 職業 \_\_\_\_\_

生年月日 S・H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

〒

住所 \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

体温 \_\_\_\_\_ °C

次のことをご記入下さい。

1. 本日はどうなさいましたか？ (詳しい症状もお書きください)
2. 症状はいつごろからですか？
3. 今の症状は、以前にどこかでみてもらった事がありますか？  
ない ・ ある
4. 今までに薬や注射で副作用はありましたか。  
ない ・ ある  
(ピリン系・ヨーチン・ワクチン・抗生物質・その他 \_\_\_\_\_ )
5. 今までに大きな病気をしたことはありますか。  
ない ・ ある (何年前、どんな病気 \_\_\_\_\_ )
6. 現在治療を受けていますか。  
ない ・ ある ( \_\_\_\_\_ )
7. 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？  
ない ・ ある ( \_\_\_\_\_ )
8. アレルギー体質又は特異体質がありますか。  
ない ・ ある ( \_\_\_\_\_ )
9. 糖尿病がありますか。 ない・ある
10. 高血圧がありますか。 ない・ある
11. 妊娠している可能性はありますか。 ない・ある
12. おくすり手帳はお持ちですか？ ない・ある

当クリニックをどのようにお知り頂きましたか？

知人紹介・看板・通りがかり・ポストイン・WEB・Caloo・Google・病院なび

しみずクリニック