

# 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. どのような症状で来院されましたか？ 部位・痛みの種類などご記入ください  
( \_\_\_\_\_ )
2. いつ頃から症状はありますか？ 原因もわかればご記入ください  
( \_\_\_\_\_ )
3. 今の症状で、以前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？  
いいえ ・ はい (何年前、どんな病気 \_\_\_\_\_ )
6. 現在治療を受けていますか？  
いいえ ・ はい ( \_\_\_\_\_ )
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？  
いいえ ・ はい ( \_\_\_\_\_ )
8. アレルギー体質又は特異体質がありますか？  
いいえ ・ はい ( \_\_\_\_\_ )
9. 糖尿病がありますか？ いいえ ・ はい
10. 高血圧がありますか？ いいえ ・ はい
11. 妊娠している可能性はありますか？ いいえ ・ はい
12. 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