

# 内科問診票

ふりがな			性別	男・女
氏名				
住所	〒 -	都・県	区・市	
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日 ( 歳)
TEL	(自宅)	(携帯)		

◆今日はどのような事でいらっしゃいましたか？あてはまる症状にチェックを付けて下さい

いつからですか？	今日・昨日・( )前から
----------	--------------

- 発熱  頭痛  鼻水  喉の痛み  咳  痰  関節の痛み  
 腹痛  吐き気  嘔吐  下痢  便秘  食欲不振  腰痛  
 息苦しい  めまい  ふらつき  身体がだるい  その他[ ]

自由記入欄
-------

◆現在治療中の病気はありますか？

いいえ・はい〔病名〕

◆今服用しているお薬はありますか？

いいえ・はい〔お薬名〕

◆薬や食べ物のアレルギーはありますか？

いいえ・はい〔食べ物〕〔お薬〕

◆今までに入院・手術をされたことがありますか？

いいえ・はい〔手術名〕

◆お酒は飲みますか？

いいえ・はい

◆タバコは吸いますか？

吸う(一日 本)・吸わない・禁煙した( 年前から)

●アンケートにご協力下さい● ☆当医院を知ったきっかけは？

- 知り合い・家族の紹介  近所だから  ホームページを見て  他院からの紹介