

診療問診票

本日の体温 ℃

フリガナ				男 ・ 女
氏 名				
生年月日	大・昭・平	年	月	日 (歳)
住 所	〒			
電 話	()	—	職業	
携 帯 電 話	()	—		
1) どのような症状で来院されましたか。具体的な症状を書いて下さい。				
(その症状はいつからですか。)				
2) ①過去に治療した病気はありますか。 な い ・ あ る				
()				
②現在治療中の病気はありますか。 な い ・ あ る				
()				
③服用している薬はありますか。 な い ・ あ る				
()				
3) 薬や食べ物でアレルギーはありますか。 な い ・ あ る				
4) 家族（血族）で大きな病気をされた方やアレルギー体質の方はいますか。 いいえ ・ は い				
5) ①飲酒されますか 定期的に飲む ・ 機会飲酒のみ ・ 全く飲まない (頻度： 一日量： ml)				
②喫煙されますか はい（一日 本 ） ・ いいえ				
6) 女性の方に：妊娠している可能性はありますか。 な い ・ あ る 授乳中ですか。 いいえ ・ は い				
7) 来院のきっかけを教えてください。 ・ ホームページを見て ・ 知人・家族 () 様からの紹介 ・ 建物の前を通りかかって ・ 医療機関からの紹介 ・ 広告を見て ・ その他 ()				

※診療問診票に記載された事項は個人情報保護法により診療並びに医療保険事務以外の目的には使用いたしません。

この内科クリニック