

内科 問診票

記入日：平成 年 月 日

ふりがな 氏名			男 ・ 女	大正 昭和 平成	年 月 日生 (歳)		
住所	(〒 -)			電話	(緊急時) - - - -		
職業		身長	cm	体重	kg	体温	度

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。

2. 女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか (はい・いいえ)

授乳中ですか (はい・いいえ)

月経 (順調・不順)

最終月経 (月 日 ~ 月 日)

閉経 (才)

3. 今までにかかったご病気を○で囲んでください。それはいつ頃 (年齢など) ですか。

虫垂炎 ()

肝臓病 ()

腎臓病 ()

心臓病 ()

高血圧 ()

糖尿病 ()

胃潰瘍 ()

喘息 ()

その他 病名 () (いつ頃)

4. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状 (発疹・気分不快など) を起こしたことがありますか。

(はい・いいえ)

はい の方は分かれば薬・食べ物の名前 ()

5. 当クリニックに来院されたきっかけは何ですか。

a. 家族・お知り合いの方からのご紹介 (様)

b. 当クリニックのホームページ c. 通りがかり d. その他 ()

