

問 診 票 (内科)

年 月 日	(ふりがな) お名前
-------	---------------

以下の質問にお答えください。

- (1) 来院理由 (いつ頃から、どのような症状がありますか?)

()

- (2) 既往歴はありますか?

あり なし

『あり』の場合 病名 ()

常用薬 ()

- (3) 薬に対するアレルギーはありますか?

あり なし

『あり』の場合 薬剤名 ()

- (4) 食品に対するアレルギーはありますか?

あり なし

『あり』の場合 食品名 ()

- (5) 最近の身長、体重を教えてください?

身長 _____ cm 体重 _____ kg

- (6) 女性の方のみ

現在、妊娠の可能性はありますか?

あり なし

最終生理 _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月

- (7) 当クリニックをどのように知りましたか? (複数回答可)

道路の看板 (当ビルの看板 ・ 清水ジャスコの看板 ・ 1号線長沼交差点)

インターネット 知人から教えてもらった

その他 ()

ありがとうございました。