

ID: _____

内科問診票

フリガナ			
お名前			
ご住所	〒		
電話	()		
携帯電話	()		
生年月日	(昭和、平成)	年	月 日 () 歳
体重	kg	身長	cm

○ 今日はどのような症状で受診されましたか？

*いつ頃 () から

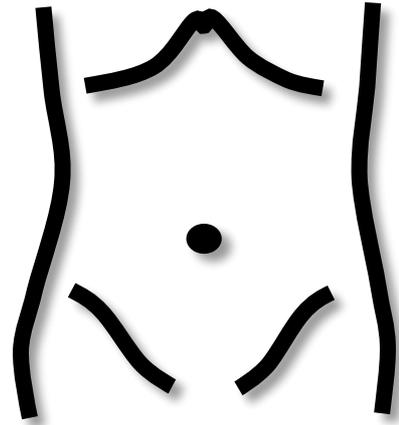
どんな症状 ()

体温 () °C

*症状のあるところに印を付けてください

*ご希望の検査がありましたらお書きください

()



○ これまでその症状に対して検査を受けられたことがありますか？

*ない *ある いつ頃 ()、検査内容・結果 ()

※以下の質問であてはまるものがございましたら、ご記入下さい。

○ これまでのご病気についてお聞かせください。

ない、高血圧、心臓病()、肝臓病、糖尿病、胃潰瘍、アトピー性皮膚炎、喘息、その他()

○ ご家族の方で癌の方はいらっしゃいますか？ *いない *いる (続柄:)

○ 過去、手術をうけたことがありますか？

*ない *ある (いつごろ 手術内容)

○ 現在飲んでいるお薬はありますか？ *ない *ある (薬名:)

○ お薬の副作用歴、アレルギーがありますか？ *ない *ある (薬名:)

○ 女性の方にお伺いします。いずれかにあてはまりますか？ *ない ・ 妊娠中 ・ 授乳中

ご協力ありがとうございました。