

問診票（内科系）

記入日 年 月 日

体温 ℃

フリガナ				男・女	
お名前					
生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	歳
ご住所	〒				
電話番号	自宅	携帯電話			

1. 本日はどのようなことで来院されましたか？	
・その症状はいつからですか？	(年 月 日から)
・その症状で他の病院で診察を受けたことがありますか？	(はい ・ いいえ)
・診察を受けられた方へ。その医療機関はどちらですか？	()
2. 現在、治療中の病気はありますか？	はい () いいえ
3. 現在、お薬を飲まれていますか？ (お薬手帳のご提示でもかまいません)	はい () いいえ
4. 大きな病気や手術の経験はありますか？	はい () いいえ
5. アレルギーはありますか？	はい (薬: 食べ物:) (その他:) いいえ
※女性の方へ 現在妊娠中、または授乳中ですか？	いいえ ・ 妊娠中 ・ 授乳中

◆当院をお知りになったきっかけに○をつけてください。
ご家族の紹介 インターネット ヘルチェックからの紹介 他院からの紹介 自宅や職場から近い その他()

◆お薬手帳をお持ちでしたら診察時にお出してください

◆紹介状や健診結果をお持ちでしたら受付にお出してください