

# 問診表

(下記の項目について記入もしくは○で囲んでください)

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

フリガナ		男・女	生年月日	明・大・昭・平
お名前				年 月 日 ( )歳
ご住所	〒 -		電話番号	- -

1 今回はどのようなことで来院されましたか？またいつ頃からですか？

(例:3 日前からお腹が痛い、今朝から熱がある)

( )

2 現在、治療中の病気がありますか？

ない            ある(どのような病気ですか？: )

3 現在飲んでいるお薬はありますか？

ない            ある(どのようなお薬ですか？: )

4 今までに大きな病気をしたことがありますか？

ない            ある(高血圧・糖尿病・高脂血症・心臓病・左記以外 \_\_\_\_\_)

5 お薬のアレルギーはありますか？

ない            ある(薬品名をご存知でしたら記入してください: )

6 食べ物のアレルギーはありますか？

ない            ある(食べ物名: )

7 日常生活についてお尋ねします。

- ・ アルコールはのみますか？    はい(ビール・日本酒・ワイン/1日量:    本位)・いいえ
- ・ タバコは吸いますか？            はい(1日 本位)・いいえ

ご協力ありがとうございました

こせがわ内科クリニック