

内科外来問診票

初診の方は、下記の質問にお答え下さい。 □には✓印、()には直接ご記入ください。

(受診日) 平成 年 月 日

ふりがな		男 女	生年月日	明治	年	月	日生 (歳)
お名前				大正			
ご住所	〒 -	お電話	自宅	-	-		
			携帯	-	-		
身長	cm	体重	kg	体温	℃		

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。 痛みのある場合は、その部位もお書き下さい。

()

2. 今までにかかった病気はありますか。 また、それはいつ頃(または年齢)ですか。

- 虫垂炎 () 肝 臓 ()
腎臓病 () 心臓病 ()
高血圧 () 糖尿病 ()
胃潰瘍 () 喘 息 ()
その他 ()

3. 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…わかれば薬・食べ物の名前

()

4. 女性の方のみお答え下さい。

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)

5. 当クリニックのことはどこで知りましたか。

- 以前から通院していた (通院していたことがある) ホームページ チラシ
屋外看板 駅前看板 検索サイト 知人・他の医療機関からのご紹介
その他 ()

ご協力ありがとうございました。お呼びするまでしばらくお待ち下さい。