

とさ内科クリニック 問診票

お名前	ふりがな	生年月日
	男 女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
ご住所	〒	
自宅電話	携帯電話	
		体温 ℃

おたずねします

1. 今日どのような症状・内容で受診されましたか？

症状・内容 ()

いつからですか？ ()

2. 今までにかかった病気や治療中の病気はありますか？

高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 腎臓病 ぜんそく がん 肺疾患

脳卒中・脳梗塞 胃腸の病気

その他 _____

3. 手術を受けたことはありますか？

・はい (病名) (いつ頃)

・いいえ

4. 現在内服されているお薬はありますか？

・はい (お薬のお名前)

お薬手帳をお持ちでしたらお出してください

・いいえ

5. 今までお薬や食べ物のアレルギーはありますか？

・はい (薬剤名・食物名)

(どのような症状)

・いいえ

6. 女性の方へお聞きします

現在妊娠中ですか？ はい・いいえ

授乳中ですか？ はい・いいえ

7. たばこを吸いますか？

吸わない・吸う (1日 本 年間)

8. 飲酒 飲まない・たしなむ程度・月数回・週2~3回・毎日飲む (1日量 年数)

9. 自費診療 (高濃度ビタミンC点滴、にんにく注射、人間ドックなど) を希望しますか？ はい・いいえ

10. 当院をどのようにお知りになりましたか？

知人の紹介 ホームページ・インターネット 折込チラシ 家族から 通りががり

その他

ご記入ありがとうございました。