

内科問診票

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな

氏名: _____ 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

〒

住所: _____ TEL _____

体温 : _____ °C 身長: _____ cm 体重: _____ g

初診の方は、以下の質問にお答えください。

*いつ頃から、どのような症状でお困りですか。

(_____)

*上記の症状で他の医療機関を受診されましたか。

受診された方は、医療機関名 :

その時に処方されたお薬 :

※ お薬手帳お持ちの方は受付にお出してください。

*今までに大きな病気にかかったことや病院に通院されていたことはありますか。

(はい ・ いいえ)

「はい」の方は、その病名や時期、治療内容をお書きください。

(_____)

*今までに薬や食物でアレルギー症状を起こしたことがありますか。

(はい ・ いいえ)

「はい」の方は、薬、食物の名前 :

*嗜好品について

飲酒 : 毎日 (種類 _____ 量 _____) ・ 時々 ・ 飲まない

喫煙 : 吸う (本/ 1日 ・ 年間) ・ やめた (歳) ・ 吸わない

*女性の方にお聞きします。

妊娠中ですか (はい ・ いいえ) 授乳中ですか (はい ・ いいえ)

*その他、希望事項がありましたらお書きください。 (を記入ください)

検査希望 → 血液検査 超音波検査 心電図

自費診療 (ビタミン注射 ・ にんにく注射)

その他 (_____)

平田クリニック