

ID: _____

Scan:

問診票（内科）

平成 年 月 日

フリガナ		性別	生 年 月 日
氏 名		男 女	大・昭・平 年 月 日（才）
住 所	〒 —		職 業
電話番号	自宅	()	—
	携帯	()	—

●身長 (.) cm 体重 (.) kg 体温 (.) °C

●今日はどうされましたか？（いつから、どんな症状ですか？）

●どんな病気を心配されていますか？

●ご希望の検査はございますか？

血液検査・レントゲン・心電図・超音波検査・その他 ()

●いままでにかかったことのある病気（○をつけてください）

なし・心臓病・脳疾患・糖尿病・緑内障・前立腺肥大・うつ病・癌（部位 かけた年齢）

その他： _____

●今現在病院・クリニックにかかっていますか？いいえ・はい（病名・内服薬 _____）

●アレルギー歴：なし・薬剤・アトピー性皮膚炎・気管支喘息・食物アレルギー

アレルギーの原因 _____

●4ヶ月以内に海外旅行に 行っていない・行った（行き先： _____）

●女性の方：妊娠していない・妊娠している・授乳中（いずれかに○をつけてください）

●当クリニックを何でお知りになりましたか？

ホームページ・広告・近所・知人の紹介・その他 ()