

内科

問診表

ID _____

ふりがな _____

名前 _____ 男性
女性

年齢 _____

生年月日 T・S・H 年 月 日

ご住所 _____ 電話番号 _____

※ わかる範囲で、ご記入をお願いします。

○本日はどのような症状でご来院されましたか？

いつ頃から ()
症状 ()

○現在、他院で診療を受けたり、治療中の病気はございますか？

いいえ
はい → 高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 喘息 腎臓病 高脂血症 その他()

○現在、服用中のお薬はございますか？

いいえ ・ はい ()

○今までにお薬や注射(麻酔・造影剤など)、食べ物等でアレルギー症状や体調不良はございましたか？

いいえ ・ はい (原因・症状など:)

○お酒をお飲みになりますか？

いいえ ・ はい (1日 本・合・杯) ・ 機会飲酒

○タバコはお吸いになりますか？

いいえ ・ はい (一日 本・喫煙歴 年間)

○現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性はございますか？

いいえ ・ はい (現在 週目)

※興味がある検査や自由診療はございますか？

(骨密度 ・ マンモグラフィ ・ 血管年齢 ・ オープンMRI ・ ビタミン点滴

高気圧エアチェンバー ・ サプリ処方)

※ご記入ありがとうございました。