

問診表

平成 年 月 日

診察券番号:

ふりがな		男・女	職業
氏名		年齢	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日		
住所	〒 -		
電話	()	携帯電話	()

- どのような症状がありますか？(体温 度)

どのような症状が？

いつ頃から？

- 大きな病気やけがで、手術をされたことがありますか？

なし・あり → どんな手術でしたか？ 年 月頃(輸血 なし・あり)

- 薬や食べ物でアレルギーが出たり、体調が悪くなったりしたことがありますか？

なし・あり → くすりや食べ物の種類:

- 現在他の医療機関に通院治療されていますか？又は、現在服用中の薬はありますか？

していない・している → 病院・診療所・医院

服用している薬の名前 ()

- タバコは吸いますか？

吸う (年)(1日 本)・吸わない・以前吸っていたがやめた(年前)

- 現在妊娠中又は授乳中ですか？ (ヶ月 ・ 授乳中)

- 検査や治療に必要な場合がありますので、

身長 cmと体重 kgを教えてください。

- 当院をどのように知りましたか？

インターネット(サイト名:) ・ 近所 に勤務・住んでいるから

駅看板 ・ タウンページ ・ 知人の紹介(様より)

ご協力ありがとうございました。

おおさき内科クリニック 院長 大崎 匡