

問 診 表

令和 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？(発熱はありますか？ 度)
いつ頃から？
どのような症状が？
- 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(じんましん)が出たり、気分が悪くなっ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 に住んでいるから
チラシ・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