

内科問診票

ID				日付		
ふりがな				男 ・ 女	体温	
お名前					°C	
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	年齢	歳
ご住所	〒					
電話番号	自宅		携帯電話			
ご家族の番号 緊急連絡先				続柄 ()		

1. 本日はどうなさいましたか？

①いつ頃から？ ()

②どのような症状がありますか？

[]

2. 今回の症状で医療機関を受診されましたか？

①受診した どちらを ()

どのような治療を受けましたか？

()

②受診していない

3. いままでにかかられた大きなご病気、入院歴・手術歴をお教え下さい。

ない ・ ある ()

過去に輸血を受けたことがございますか？ ない ・ ある

4. 現在、他の病院や診療所で治療されているご病気はございますか？

ない ・ ある ()

5. 飲み薬や麻酔などでアレルギー症状を起こしたことはございますか？

お薬の名前や種類、その時のアレルギー症状をお教えてください。

ない ・ ある ()

6. 女性の方：妊娠している可能性がございますか？ ある ・ ない

妊娠検査を希望されますか？ はい ・ いいえ

7. 何かあった場合に、ご自宅に連絡（郵便物やお電話）をしてもよろしいですか？

はい ・ いいえ

※お薬手帳もしくはお薬の現物をお持ちでしたら、受付へお出しください

