

=問診表=

内科

ふりがな

氏名

生年月日 大・昭・平 年 月 日 (歳)

住所

電話(自宅)

(携帯)

熱

℃

● 下記の項目についてご記入ください。診察の参考といたします。

① いつ頃からどのような症状がありましたか？ (具体的にお願いいたします。)

.....
.....

② 今回の症状に対して何か薬をつかいましたか？ (はい・いいえ)

薬品名

.....

③ 現在治療中の病気がありますか？ (はい・いいえ)

病名

.....

薬品名

.....

④ 今までに病気やケガで入院したり手術を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)

病名

.....

いつ頃

.....

⑤ 今までにお薬や食べ物で、体に異常をきたしたことがありますか？ (はい・いいえ)

何で

.....

どのような症状が

.....

生活習慣

について

*飲酒 しない

する 種類 () 量 (ml) (日 / 週)

*喫煙 しない

やめた () 歳まで (本 / 1 日)

している () 歳から (本 / 1 日)

女性のみ

お答えください

*妊娠していますか？ (はい : 週目 ・ いいえ)

*最終月経はいつですか？ ()

*現在授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

.....