

診療申込・問診票

I D No.

記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日	
氏名	男 女	大正・昭和・平成	年 月 日 (満 才)
住所	〒		
自宅電話番号		身長	cm
携帯電話番号		体重	kg

●本日はどうなさいましたか？

	体温:	度
--	-----	---

●いつ頃からですか？

--

●今まで大きな病気にかかったことがありますか？

なし

あり…それはどんな病気ですか？（ある場合は下の欄にご記入下さい）

--

●現在飲まれているお薬はありますか？

なし

あり…お薬の名前が分かればお書き下さい。※〔お薬手帳〕をお持ちの方はお見せ下さい。

--

●今までにお薬や食べ物等でアレルギー症状〔発疹・気分不快など〕を起こしたり、アレルギー体質や特異体質と言われたことがありますか？

なし

あり…〔薬 食品 その他 〕

●酒やたばこはだいたい1日どれくらい飲みますか？

酒〔 合〕 ビール〔 本〕 たばこ〔 本〕

※女性の方のみ記入して下さい。

最終月経： 月 日～ 月 日 ・ 閉経（ ）年前

妊娠の可能性ある ・ 妊娠中（ ヶ月） ・ 授乳中（お子さんの年齢： 歳 ヶ月）

●以前当院にかかれたことはありますか？

なし

あり

～当院をどちらで知りましたか？～

・他院からの紹介（病院名： ） ・家族から ・知り合いから ・職場 ・電話帳 ・

インターネット

・ホームページ ・通りがかり ・その他（ ）

大久保内科クリニック