

問診票

受診日 平成 年 月 日

お名前	ふりがな	生年月日
		大正 昭和 年 月 日 平成
住所	〒(-)	TEL
職業		身長 cm ・ 体重 Kg

■受診希望科 (一般内科 ・ 消化器内科/胃腸内科 ・ 皮膚科)

■本日はどうなさいましたか。具体的に

(体温 °C)

■いつからですか? 約 _____ 頃から

■上記の症状で他の病院を受診されましたか? はい ・ いいえ

■今まで大きな病気あるいは現在治療中の病気がありますか?

なし

あり → どのような病気でしたか? (_____)

いつ頃 (約 ヶ月前/約 年前)

現在治療中: _____ (医療機関 _____)

■現在飲まれているお薬はありますか?

なし ・ あり → どのようなお薬ですか? (_____)

■今までアレルギー・特異体質といわれたことがありますか?

なし ・ あり (薬: _____ 食品: _____ その他 _____)

■たばこ:吸わない・過去に吸っていた・現在も吸っている: _____ 本/日 (_____ ~ _____ 歳)

■酒:飲まない

飲む: 毎日 ・ 週(_____)回 ・ 機会飲酒 → (種類: _____、量: _____)

■女性の方のみお答えください。

妊婦の可能性: あり ・ なし ・ 可能性あり

授乳中: はい ・ いいえ

ありがとうございました。