内科問診票

令和　　年　　月　　日

フリガナ 患者氏名		男 ・ 女	生年 月日	大正 昭和 平成　　年　　月　　日生 （　　）歳
住　所	〒		TEL（　　）　　ー	

※紹介状･レントゲン等の画像、診断書などの書類をお持ちの方は受付にご提出下さい。

■どのような症状か当てはまるものに〇をしてください。

鼻水　　咳　　喘息　　のどの痛み　　痰　　発熱（　　℃）

胃痛　　腹痛　　下痢　　嘔吐　　関節痛　　胸痛

動悸　　めまい　　呼吸苦　　高血圧　　貧血　　糖尿病

その他【　　】

■いつ頃から症状がありますか？

今日から　　昨日から　　年　　月　　日　　時頃から

■今までにかかったことのある病気はありますか？

【　　】

■現在治療中の病気はありますか？

いいえ　　はい（　　）

■現在服用中の薬はありますか？

いいえ　　はい（薬の名前　　）

■薬や食べ物でアレルギーはありますか？

いいえ　　はい（　　）

■女性の方へ。現在妊娠している、あるいは妊娠している可能性がありますか？

いいえ　　はい（　　ヶ月）　　可能性あり　　授乳中

■喫煙　１日（　　）本（　　）年間

■飲酒　１日（　　）を（　　）ml

太陽クリニック