

内科問診表

〒

平成 年 月 日

御住所

ふりがな

御氏名

(男・女) 大正・昭和・平成 年 月 日生

御電話

()

御職業

主訴(どうされましたか)

●当医院に来られたきっかけをお聞かせください。

- 1、家から近かったり、交通の便がよい。 2、看板、電話帳の広告等を見た。
3、紹介された。(紹介者) 4、その他()

●現在、どこか他の医療機関にかかっていますか。(はい いいえ)

●現在、薬などの治療を行っていますか。(はい いいえ)

●これまで薬などによる副作用やアレルギーはありましたか。(はい いいえ)
その原因の薬は何ですか。(不明)

●これまでに手術を受けたり、入院したことはありますか。(はい いいえ)
その病名は。()

●ご自分を含め、家族や親族で次の病気にかかった人がいますか。

ご自分があてはまる場合は病名に○印を、家族、親族があてはまる場合は
() 内に血縁名を入れて下さい。

癌 () 糖尿病 高血圧 ()

脳卒中 () 肝臓病 () 胃腸病 ()

その他の病気(病名)

●タバコは吸いますか。(吸わない 1日〔 〕本吸う 以前は吸っていた)

●アルコールは飲みますか。(飲まない ビール・日本酒1日 本)

●内服で苦手な薬はありますか。

(ない 錠剤 カプセル 散剤 エキス漢方 水薬)

●女性の方；結婚していますか。(未婚 既婚 離別)

生理はいかかですか。(正常 不規則 閉止)

※ 当院では、後発品も取り扱っておりますので、薬代を安くあげたい方は
医師にご相談ください。(相談したい 医師に任せる)

ご協力ありがとうございました。