

問 診 票

No. ()

記入日： 年 月 日

ふりがな		性別	男 ・ 女	年齢	才
お名前		生年月日	(大・昭・平) 年 月 日 生		
連絡先	〒 -	TEL	- -		
		携帯	- -		

*当院を知ったきっかけ： ホームページ、近くで見かけて、口コミや紹介、道路看板
その他 ()

①主な症状は 月 日から (日前から) ↓以下より○で選んでください

発熱 頭痛 関節痛 のど痛い せき たん 鼻汁 息苦しい 胸痛 腹痛 吐き気 嘔吐 下痢
食欲不振 便秘 排尿痛 腰痛 肩こり めまい 耳鳴り かゆみ 湿疹 不眠 倦怠感
*検診で異常を指摘された *禁煙外来

・具体的な症状 ()

②現在治療中の病気はありますか？

1.なし 2.あり (具体的に)

③今まで大きな病気・ケガ・入院・手術をしたことはありますか？

1.なし 2.あり (具体的に)

④お薬や食べ物でアレルギーはありますか？

1.なし 2.あり (薬品名) (食品名)

⑤タバコを吸いますか？

1.吸わない 2.吸う (才から1日 本) 3.以前は吸っていた (才から 才まで1日 本)

⑥お酒を飲みますか？

1.飲まない 2.飲む (酒量は)

⑦ (女性の方に) 現在、妊娠の可能性ありますか？

1.なし 2.あり 3.わかりません

⑧ (女性の方に) 現在、授乳中ですか？

1.いいえ 2.はい

※ご協力ありがとうございました。

しばた内科クリニック

[クリニック記入]

●身長 cm ●体重 kg ●血圧 / ●脈拍 ●体温 ℃ ●SpO2 %