

NO. _____

問 診 票

平成 年 月 日

下記の質問にご記入の上、保険証を添付して受付に提出してください。

フリガナ		性別	男・女
氏名			
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 歳		
フリガナ			
住所	〒 _____		
電話	(_____)	携帯	(_____)

1. 体温 (_____ °C)

2. 今の症状についてお聞きします。

1)いつ頃からですか？

2)どのような症状ですか？

3. 今、薬は飲まれていますか？

- はい →
 いいえ

薬名:

4. 今までに大きな病気や手術を受けたことがありますか？

- はい →
 いいえ

病名・手術名:

5. ご家族、血縁の方で下記にあげる病気にかかったことはありますか？

- はい →
 いいえ

がん 糖尿病 高血圧 心臓病
 肝臓病 ぜん息

6. 今までに薬や注射、食べものでじんましんなどのアレルギー症状が出たことがありますか？

- はい →
 いいえ

薬・食べ物名及び症状:

7. 女性の方にお尋ねします。

- 1)現在、妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ わからない
2)現在、授乳中ですか？ はい いいえ

御協力ありがとうございました。

うねび内科クリニック