

内科問診票

フリガナ
氏名

男 ・ 女

生年月日 (大・昭・平・令) 年 月 日 (才)

住所 〒

電話番号

① どのような症状ですか？

()

② いつ頃からですか？

()

③ 今まで、かかった病気及び手術はありますか？

ある (病名) いつ頃) ・ ない

④ 今まで、薬や注射で蕁麻疹又はアレルギーをおこしたことがありますか？

ある () ・ ない

⑤ 女性の方へ・・・現在、妊娠の可能性はありますか？ はい・いいえ

⑥ タバコは吸いますか？ はい・以前は吸っていた・いいえ

はいの方 () 才の頃から 1日 () 本位

⑦ アルコールは飲みますか？ はい・いいえ

はいの方 () 才の頃から (毎日 ・ 時々)