

内科問診票

お名前 _____

他医療機関に通院中ですか。

はい ・ いいえ

今回受診の症状はいつからですか。

[]

どのような症状ですか。

[]

現在治療中のご病気はありますか。

[]

常用している薬はありますか。

(お薬手帳を持参している方はご提示下さい。)

[]

★ご職業

[]

★アレルギーはありますか。

ない

ある →

[]

★今までに大きな病気をした事がありますか。

ない

ある →

[]

★ご家族にご病気の方はいらっしゃいますか。

いいえ

はい →

(病名記載)

[]

★飲酒について

飲酒なし ・ 飲酒あり

頻度 毎日 ・ ___ / 週 ・ ___ / 月

お酒の種類【 _____ 】

お酒の量【 _____ 】

★喫煙について

吸わない

吸う 【1日 _____ 本】

喫煙歴 _____ 歳から約 _____ 年