|  |
| --- |
| **問診票（内科）** |

受診日：　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名： | （フリガナ） | 性別： |  |
|  |
| 生年月日： | 年　　月　　日生 | 年代： |  |
| 住所： | 〒  （電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |

1.　受診理由（現在の症状）をお知らせください。

|  |
| --- |
|  |

2.　現在、病気の治療中ですか？

いいえ　　・　　はい　（病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

3.　入院の経験はありますか？

いいえ　　・　　はい　（入院の理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

4.　手術の経験はありますか？

いいえ　　・　　はい　（手術名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

5.　現在、服用中の薬はありますか？

いいえ　　・　　はい　（薬名／種類：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

6.　薬にアレルギー症状がありますか？

いいえ　　・　　はい　（薬名／種類：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

7.　食物アレルギーはありますか？

いいえ　　・　　はい　（種類：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

8.　お酒を飲みますか？　たばこを吸いますか？

＜飲酒＞　いいえ　　・　　はい　（1日あたりの量：　　　　　　　　　　　　　　　　　）

＜喫煙＞　いいえ　　・　　はい　（1日あたり：　　　　　　　　　　　　　　　　　　本）

※女性の方のみご回答ください

9.　現在、妊娠中ですか？授乳中ですか？

＜妊娠＞　いいえ　　・　　はい　（妊娠　　　　　週）　　・　　不明

＜授乳＞　いいえ　　・　　はい

**○○○クリニック**