

内科問診票

ID()

氏名: 年齢: 歳 身長: cm 体重: kg 熱: °C

■本日受診なされた理由と症状をお書きください。

()

症状はいつ頃からですか？

年 月 日頃から

■今までに病気をしたり、健康診断で異常を指摘されたことがありますか？

ない ・ ある

病名: 年齢: 歳 治療内容:

病名: 年齢: 歳 治療内容:

病名: 年齢: 歳 治療内容:

■現在内服しているお薬があればお書きください。

()

■薬・食べ物等にアレルギーはありますか？ はい ・ いいえ

*「はい」の方のみ、内容を詳しくお書きください。

()

■タバコは吸いますか？ はい ・ いいえ ■お酒は？ 飲む ・ 飲まない

■当院を何で知りましたか？

ホームページ ・ 看板 ・ 知人の紹介 ・ 通りがかり ・ 口コミサイト

その他()

以下、女性の方のみお聞かせ下さい。

■現在、妊娠中ですか？

いいえ ・ はい ⇒ 妊娠: ヶ月 ・ 授乳中 ・ 妊娠している可能性あり

■生理についてお聞かせ下さい。

初潮: 歳 閉経: 歳

最終月経: 年 月 日から 日間

月経量: 多 ・ 普通 ・ 少 月経周期: 日(順調 ・ 不順)

■結婚・妊娠・分娩についてお聞かせ下さい。

結婚していますか?: はい ・ いいえ 性交経験: ある ・ なし 妊娠歴: ある ・ なし

*妊娠歴のある方のみお答え下さい。

妊娠: 回のうち・・・

出産: 回 自然流産: 回 中絶: 回 その他: