

ID:

予約: 有・無

# なわたクリニック 内科問診票

受診日:平成 年 月 日

※記入頂いた個人情報は診療以外には使用いたしません。正確なご記入をお願いします。

ふりがな		性別		明・大・昭・平
氏名		男・女	生年月日	年 月 日 歳
自宅住所	〒			自宅
				携帯

以下の質問にお答え下さい(□にチェックまたは、必要事項へご記入をお願いします。)

### 【1】いつ頃どのような症状でお困りですか？

いつ頃からですか？ \_\_\_\_\_ 頃から  
どのような症状ですか？

{ }

### 【2】現在、他の病院にかかっている方は記入してください。

{ 病名: \_\_\_\_\_ 医療機関名: \_\_\_\_\_ }

### 【3】今までに大きな病気・ケガ・手術歴などありましたら記入してください。

{ 病名: \_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_ }

### 【4】現在、内服している薬がある場合は記入してください。お薬手帳をお持ちの方は診察時、医師にお見せ下さい。

{ }

### 【5】今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こした事はありますか？

・薬、注射等のアレルギー  
□なし □あり 薬剤名: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_  
・食べ物アレルギー  
□なし □あり 食べ物名: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_

### 【6】日常生活について、お答え下さい。

・「たばこ」について □吸わない □吸っていた 本数:1日に( )本位:( )年間位  
□吸っている  
・「アルコール」について □飲まない □毎日 □時々 お酒の種類: { }

### 【7】女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか？ \_\_\_\_\_ 授乳中ですか？ \_\_\_\_\_  
□いいえ □はい □可能性あり □いいえ □はい

### 【8】(当院が初めての方にお聞きします)当院をどのようにしてお知りになりましたか？

□知人の紹介 □病院の紹介 □通りがかり □インターネット □チラシ広告 □看板 □その他( )

~~~~~ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出をお願いします。~~~~~