

問 診 票

まえの内科クリニック

フリガナ			男 女	生年月日	
氏 名				大正 昭和 平成 令和 年 月 日 (歳)	
住 所	□愛知県清須市の場合 (清須市以降の住所を記入してください)				
	愛 知 県		清 須 市		
電話番号	自宅	()-	-	職 業	
	携帯	()-	-		

●本日はどうされましたか (症状や相談されたい事など、来院の理由を教えてください)

()

●現在治療中の病気はありますか

いいえ はい (病名 :
病院名 :)

●現在服用している薬はありますか

いいえ はい (薬の名称)

●今までに以下のような病気をしたことがありますか

いいえ はい (高血圧 心臓病 糖尿病 気管支喘息 緑内障
胃・十二指腸潰瘍 前立腺肥大 脳梗塞・脳出血
その他 ())

●薬や注射によってショックや発疹などの異常をおこしたことがありますか

いいえ はい (薬品名など :)

●薬以外 (食べ物など) のアレルギーはありますか

いいえ はい (食品名など :)

●喫煙習慣はありますか

いいえ 禁煙中 はい (1日 _____ 本 喫煙開始年齢 _____ 歳)

●アルコールは飲みますか

飲まない 時々飲む 飲む (週 _____ 日 種類 _____ 1日 _____ ml)

●<女性の方へ>妊娠中または妊娠の可能性はありますか

いいえ はい 以上です。ありがとうございました。