# 問　診　表（内　科）

| | | |
|---|---|---|
| フリガナ<br>氏名 | 男<br>女 | 生年月日　明　大<br>昭　平　　年　　月　　日（　　歳） |
| 住所 | | |
| 緊急連絡先及び勤務先の電話 | | |

1. 今日はどのような症状で来院されましたか？

2. 現在、治療中の病気はありますか？

　　ある　（病名　　）　　ない

　　また、服用中の薬はありますか？

3. 今までに薬や注射でアレルギーをおこしたことがありますか？

　　ある　（薬の名前　　）　　ない

4. 今までにかかった病気や手術を受けたことがあればご記入下さい。

5. 輸血を受けたことはありますか？　　ある　　ない

6. あなたの家族、親類の方で次のような病気がありますか？

　　高血圧・心臓病・脳卒中・ぜん息・がん・

　　肝臓病・糖尿病・リウマチ・甲状腺の病気・その他

7. 日常生活についておたずねします。

　　酒（アルコール）は？　　飲まない　　飲む

　　タバコは？　　吸わない　　吸う：1日　　本ぐらい

8. 女性の方へ

　　ア．生理はありますか？　　ある　　ない

　　最終生理　　年　　月　　日

　　イ．今妊娠していますか？　（いいえ　　不明　　はい）

9. その他、気がついたことがありましたらご記入下さい。

10. 領収書とは別に医療費明細書はご必要ですか？　　はい　　いいえ

福澤内科・皮フ科クリニック