

ID( 年 月 日 )

# 問診票

いまふじ内科クリニック

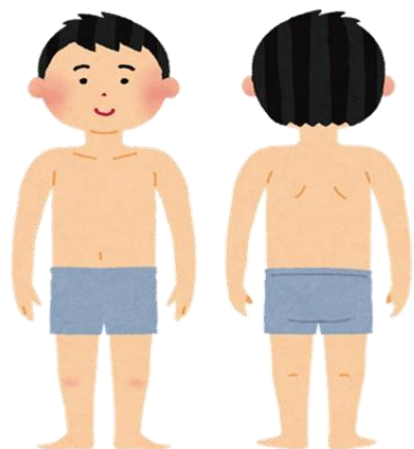
|       |      |    |       |
|-------|------|----|-------|
| フリガナ  | 男    | 年齢 | 生年月日  |
| 氏名    | 女    |    | 年 月 日 |
| 住所    | 〒    |    | 連絡先   |
| 緊急連絡先 | (続柄) |    |       |

本日の症状について

① いつからありますか

② どのような症状ですか

③ 右の図に症状のある所すべてに○をしてください



服用中のお薬はありますか？

ない  ある ( )

お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

ない  ある ( )

お酒は飲みますか？

飲まない  飲む 週に ( ) 日、種類・量 ( )

たばこは吸いますか？

吸わない  吸う 1日 ( ) 本  吸っていた ( ) 本/日を ( ) 年間

ご家族に既往症はありますか？  なし  あり

高血圧 ( )  糖尿病 ( )  心臓病 ( )  コレステロール

不整脈 ( )  がん ( )  その他 ( ) ( )

※ 女性のみ、お答えください

妊娠中ですか  いいえ  はい ( ) 週目

授乳中ですか  いいえ  はい

★ 当クリニックをどのようにして、お知りになりましたか？

インターネット  看板  紹介  その他 ( )

ご記入ありがとうございました