

# 問 診 票

記入日 平成 年 月 日 ※お手数をおかけいたしますが、ご記入をお願いいたします。

ふりがな	
氏名	
住所	〒 -
生年月日	大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
性別	男・女
自宅電話番号	( )
緊急連絡先 (携帯電話)	( )

①今日はどうしましたか？  
( )

②それはいつからですか？  
( )

③熱はありますか？  
無 ・ 有 ( °C)

④今までに何か病気をしたことがありますか？  
いつ( ) 病気( )  
いつ( ) 病気( )

⑤今、飲んでいるお薬はありますか？  
無  
有：薬の名前( )

⑥お薬を飲んでアレルギーがでたことがありますか？  
無  
有：薬の名前( )

⑦たばこを吸ったことがありますか？  
無  
有：1日( )本 ( )歳から( )歳まで

⑧アルコールを飲みますか？  
飲まない  
飲む：1日( )

⑨女性の方にお聞きします。現在妊娠中ですか？  
はい( カ月) ・ いいえ

⑩ご質問、ご意見等ありましたら記載してください。

※ご協力ありがとうございました。

金敷内科医院