《 内 科 問 診 票 》

平成　　年　　月　　日

フリガナ		男 ・ 女	
氏 名			
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平　　年　　月　　日生　　歳		
住 所	〒　　－		
電話番号		携帯電話番号	

今回の症状はいつ頃からですか？			
現在の症状に〇印を付けて下さい。	発 熱	咳 ・ 痰	咽 頭 痛
頭 痛	頚 部 痛	背 部 痛	呼 吸 困 難
胸 痛	動 悸	腹 痛	吐き気 ・ 嘔 吐
下 痢	血 尿	便 秘	血 便
食 欲 不 振	全 身 倦 怠	め ま い	し び れ
耳 鳴 り	発 疹 ・ 湿 疹	関 節 痛	腰 痛
その他			

今までに大きな病気にかかったり手術を受けたことがありますか？	な い	あ る

年 令	かかった病気 ・ うけた手術	かかった病院名

現在何か飲んでいる薬がありますか？	な い	あ る

飲んでいる薬名	薬をもらっている病院名

薬のアレルギーはありますか？	な い	あ る

気管支喘息	な い	あ る	心臓病の家族歴	な い	あ る
タバコ	吸わない		吸う ・ 1日(　　)本 ・ (　　)年間		

当院では臨床研究を実施しています。患者様のデータを研究に役立たせていただいてよろしいですか？ *個人を特定出来るようなデータ(お名前・ご住所・お電話番号など)は使用致しません。	同意する	同意しない

当院をどちらで知りましたか？	紹 介 （ 紹介してくれた方のお名前　　）		
看 板	電 話 帳	インターネット	その他

診察前に知らせておきたい事、質問があればご記入下さい。

波多野医院