

令和 年 月 日

内科問診票

フリガナ： (男 ・ 女 ・ 無回答) 国籍 ()
お名前： _____ 生年月日： _____
ご住所：〒 _____
電話番号： _____ 携帯番号： _____

★ご家族等の連絡先（緊急時）：お名前： _____ 続柄： ()
電話番号： _____

◆以下の症状はございませんか？

発熱 海外渡航歴 咳・痰 コロナ感染者との接触

◆当院をどのような方法でお知りになりましたか？

ひらまつ内科に通院していた 近所に通勤している ホームページを見た
 近所に住んでいる その他 ()

◆現在通院している医院・病院、内服しているすべての薬を教えてください

※お薬手帳がある場合は問診票と一緒に提出してください

医院・病院名【 _____ 】【 _____ 】
内服薬名【 _____ 】

◆薬・食餌・その他アレルギーはありますか？

なし あり【抗生剤、解熱剤、花粉、甲殻類など _____】

◆過去に大きな病気にかかったことはありますか？

※手術、1ヶ月以上内服治療、入院は必ずお書きください

なし あり（詳しくご記入ください）

年月日	病院	病名・治療内容

◆身長 _____ cm ◆体重 _____ kg 最終月経【 _____ 】

◆喫煙について 喫煙歴なし 喫煙歴あり 1日 () 本 () 歳 ~ () 歳 まで
◆飲酒について なし あり 1日 () ml ・ 機会飲酒程度

☆裏面もご記入ください

