

診察申込・問診票

尾辻内科クリニック

ふりがな			生 年 月 日	明 治 大 正 昭 和 平 成	年	月	日	() 才)
氏名		男 女						
住所				電話	()			

1. いつからどのような症状がありますか
(またはどのようなことで受診されましたか)

いつごろから _____

症状
(受診の理由)

2. 現在、他の医院、病院へかかってみえますか

いいえ

はい

病名

医院名

現在服用中のくすりはありますか

いいえ

はい

3. 今までに大きな病気にかかったことがありますか

いいえ

はい

() 才

() 才

4. 今までにくすりや注射でアレルギー(じんましんが出たり、気分が悪くなるなど)が出たことがありますか

いいえ

はい

薬剤名

5. アルコール、たばこについて

アルコール

症状

種類

一日量

たばこ

本/日

日本酒、

ビール、

ウイスキー、

焼酎

合

本

杯

杯

6. 女性の方にうかがいます

現在妊娠していますか

いいえ

はい

() 週)

妊娠の可能性はありますか

いいえ

はい

わからない

生理はありますか

いいえ

はい

(順、不順)

最終

月

日

7. その他、気になることやご要望があればご記入ください