

# 診察申込・問診票

尾辻内科クリニック

ふりがな			生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
氏名		男 女			( 才)		
住所				電話	自宅	( )	—
					携帯	—	—

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

\_\_\_\_\_

症状

\_\_\_\_\_

5. アルコール、たばこについて

アルコール

種類

日本酒、

ビール、ウイスキー、

焼酎

一日量

\_\_\_\_\_合

\_\_\_\_\_本

\_\_\_\_\_杯

\_\_\_\_\_杯

たばこ

\_\_\_\_\_本/日

6. 女性の方にかかっていますか

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