

問診票

ふりがな		男 女	生年月日 年齢	昭・平・令	年	月	日
氏名							
住所	〒						
電話番号	(自宅)	(携帯)					
緊急 連絡先	(電話番号)	(続柄)					

<p>今日はどうされましたか？簡単で結構ですのでお書きください。</p>
<p>今定期的に飲まれているお薬はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある（お薬名 _____ ）</p>
<p>お薬や食べ物のアレルギーはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある（お薬名や食べ物名： _____ ）</p>
<p>今までに大きな病気や入院をされたことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある（病名： _____ ）</p>
<p>現在妊娠の可能性はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい（現在妊娠： _____ ヶ月）</p> <p>授乳中ですか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>
<p>今日はどなたかの紹介で来院されましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p> <p>（よろしければ紹介者のお名前をお書きください： _____ ）</p>

ご協力ありがとうございました。

医療法人社団 ふじた内科