INTERNAL MEDICINE 内科

ID:

Date / /

Name 名前 **:**

- What are your symptoms? どういった症状ですか？

( )

- Are you currently taking medication? 治療されていますか？

Yes → Name of hospital 医療機関名 ;

Name of disease 病名 ;

Name of Medicine 処方薬剤 ;

No

- Have you ever had any illness or surgery? 病気や手術などの経歴

- Do you have any food or medication allergies? アレルギー

Yes ( )

No

- Have you ever been a smoker? 喫煙歴

Yes (cigarettes / day) / No

- Do you drink? 飲酒 Yes (ml / day) / No

- Are you pregnant or is there a possibility of pregnancy?

妊娠・妊娠中ですか？ Yes / No

整形外科・内科・リハビリテーション科・スポーツ整形

よしおかクリニック