

内科 問診票

ID 番号:

年 月 日

名前:

- ・ 今日はどうされましたか？

- ・ 現在、他の医療機関での通院はありますか？
 - はい → 医療機関名 ;
病名 ;
処方薬剤 ;
 - いいえ
- ・ 今までにかかった病気や手術などがあれば教えてください

- ・ 薬や食べ物にアレルギーはありますか？
 - はい ()
 - いいえ
- ・ 喫煙 あり (本/日) / なし
- ・ 飲酒 あり (ml/日) / なし
- ・ 妊娠の可能性 あり / なし
- ・ その他、何かあればご記入ください