

診察申込書（内科）

記入日

フリガナ				性別	明・大・昭・平・令	年齢
氏名				男・女	年 月 日生	歳
自宅住所	(〒 -)			電話	() -	
				携帯	() -	
身長	cm	体重	kg	介護保険	なし・要介護()・要支援()	

①どのような症状がありますか？（有症者問診票が有る方は記入不要です）

いつから？ 頃より

どんな症状ですか？

()

②この症状で、他院を受診されましたか？

いいえ ・ はい (病院・医院・クリニック)

お薬は出ましたか？ いいえ ・ はい (薬剤名:)

③3カ月以内に、渡航歴はありますか？

いいえ はい (国名 渡航期間 / ~ /)

④現在、治療中の病気はありますか？

いいえ はい (病名 病院名)

⑤現在、お薬をのんでいますか？

いいえ はい (薬品名) ※お薬手帳をご提示ください

⑥今までに、大きな病気や手術をされたことがありますか？

いいえ ・ はい (いつ頃 病名)

⑦薬や食べ物のアレルギーはありますか？

いいえ ・ はい ()

⑧飲酒について 飲まない 飲む (量)

⑨たばこについて 吸わない 吸う (本/日)

⑩予防接種はうけましたか？ いいえ はい (インフルエンザ・コロナワクチン1回目・コロナワクチン2回)

【女性の方へ】

◎最終月経 (月 日から)

◎現在妊娠している (週目) 妊娠の可能性 (あり なし)

◎授乳中ですか？ いいえ はい