

内科問診票

年 月 日

(ふりがな) _____ 大正 _____ 年 月 日
お名前 _____ 男 女 生年月日 昭和 _____ 年 月 日
平成 _____ (才)
身長 _____ cm 体重 _____ kg

本日は、どのような症状で来院されましたか？

いつからですか？

今回のことでどちらか病院にかかりましたか？

いいえ / はい

病院・医院

今まで次の病気にかかったことがありますか？

高血圧 ・ 不整脈 ・ 心臓病 ・ 糖尿病 ・ 肝臓病 ・ 脳梗塞
脳出血 ・ 喘息 ・ 肺結核 ・ 肺炎 ・ その他 ()

今かかっている病気はありますか？

いいえ / はい ()

病院・医院

今 飲んでいるお薬はありますか？

いいえ / はい ()

アレルギーはありますか？

いいえ / はい ()

タバコは吸いますか？

いいえ / はい (1日 本)

お酒は飲みますか？

いいえ / はい (を1日 本)

女性の方に

現在妊娠している可能性はありますか？

はい ・ いいえ

現在授乳中ですか？

はい ・ いいえ

*当院を何でお知りになりましたか？当てはまる物に○をお願いします。(複数回答可)

家族・知人の紹介

ホームページ

看板

電柱広告

他院より紹介

クリニックのしおり

その他 ()

重城泌尿器科クリニック

〒346-0114 埼玉県久喜市菖蒲町上栢間 3168

TEL : 0480-85-9088