

問診票（一般内科）

ご記入日 年 月 日（ ）

フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)	男・女
お名前				
ご住所	〒			
携帯電話		ご自宅		
緊急用 連絡先	お名前（ ）ご関係（ ）電話番号（ ）			

1. 現在の症状について発症時期なども含めてご記入ください。

2. 既往歴（今までにかかったことのある病気）

3. アレルギーはございますか？

4. 【女性の方のみお答えください】

- ・現在、妊娠していますか？ はい（現在妊娠 月） いいえ 不明
- ・現在、授乳中ですか？ はい いいえ

5. 当院をどのようにお知りになりましたか？

- ご家族・知人の紹介 通りがかり 自宅・職場・学校から近い
- インターネットで検索：クリニックのホームページ・病院紹介サイト・その他

6. その他、気になることがございましたらご記入ください。



ご記入ありがとうございました。

上記の内容は診療の目的以外では使用いたしません。