

患者登録表・問診票（内科）

ふりがな		ご住所	〒(-)
お名前	男 女		
年齢	()歳		
生年月日	昭和・平成 年 月 日		
電話	()	携帯電話	

1、これまでにかかった病気についてお聞かせ下さい。 なし、あり(アレルギー疾患()、高血圧、糖尿病、脂質代謝異常症、その他()) (「なし」の方は5へ)
2、 1で「あり」の方におたずねします。かかりつけ医はありますか。 なし、あり()
3、 1で「あり」の方におたずねします。現在、定期的に内服されている薬はありますか。 なし、あり()
4、 1で「あり」の方におたずねします。 入院歴・手術歴はありますか なし・あり (「あり」の方は以下をご記入ください) 病名:() いつごろ:()
5、食物アレルギーの有無 なし・あり (食品名:)
6、薬に対するアレルギーの有無 なし・あり (薬名:)
本日の症状について 1、体温 _____°C(必要な方のみ) 2、本日はどのような症状で受診されましたか (前回の症状の続きで受診の方は、右に☑)。 前回の続き☐ (前回と比べて)改善、不変、悪化 * いつ頃()から * どんな症状() * ご希望の検査はありますか() * その他何かあればご記入ください