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＿＿＿＿＿℃（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