

年 月 日

問診票

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	大・昭・平・令	年	月	日
お名前			年齢	歳			
住所	〒						
電話番号	(自宅)	(携帯)					
受診したい科	内科	外科	肛門外科	予防接種	健康診断		
<p>今日はどうなさいましたか？</p> <p>いつから症状はありますか？</p> <p>現在、治療中または過去にかかったことのある病気はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり()</p> <p>現在服用中のお薬はありますか？(お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい)</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり()</p> <p>お薬や注射、食べ物のアレルギーはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり()</p> <p>今まで大きな病気にかかったり、手術を受けたことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり(病気 手術)</p> <p style="text-align: center;">【 歳又は 年前】 【 歳又は 年前】</p> <p>お酒は飲みますか？</p> <p><input type="checkbox"/>飲まない <input type="checkbox"/>飲む 週()回 種類・量()</p> <p>煙草は吸いますか？</p> <p><input type="checkbox"/>吸わない <input type="checkbox"/>吸う 一日()本</p> <p>妊娠中、授乳中の方はお知らせ下さい <input type="checkbox"/>授乳中 <input type="checkbox"/>妊娠中</p>							