**問　診　票**

医療法人社団　札幌南内科クリニック

記入日　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男・女 | 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | 歳 |
| お名前 |
| ご住所 | 〒　　　－ | | | 電話番号  携帯電話 | (　　)　 　 －  　　 －　　　－ | |

身長:　　　　cm　　体重:　　　　kg

**1. 本日来院された理由に○をつけてください**

　　a) 症状がある いつから ( )

どのような ( )

　　b) 健康診断で異常を指摘された (詳細: )

　　c) 他医療機関からのご紹介 (医療機関名: )

　　d) その他 ( )

**2. 現在治療中のご病気はありますか？**

　　ない・ある (病名: )

**3. 現在服薬中の薬はありますか？** (お薬手帳をお持ちの方は記入不要です)

　　ない・ある (薬名: )

**4. 今までに大きな病気にかかったことはありますか？**

　　ない・ある (病名: )

**5. ご家族の方でご病気の方はいますか？**

　　いない・いる (ご関係・病名: )

**6. 今までに内服薬や注射薬でアレルギー症状が出たことはありますか？**

　　ない・ある (薬名・症状: )

**7. タバコは吸いますか？**　　吸わない・やめた・吸う (　　　歳から　1日　　　 本)

**お酒は飲みますか？**　　飲まない・飲む (週　　　回程度　1回の量 )