

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 お名前	男・女	生年月日	年	月	日	歳
〒 - 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)