

診察申込書

くまがい内科クリニック

年 月 日

ふりがな	
患者氏名	
生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日生 (男・女)
住所	〒 -
電話	(自宅) (携帯)

問診表

◆クリニックに来られた理由（症状）をお書き下さい。

[]

◆注射やのみ薬で、異常（発疹が出たり、気分が悪くなったり、ショックになったり）がおきた事がありますか？

はい () ・ いいえ

◆現在治療中のお病気や、過去に入院・手術など治療をしたお病気がありますか？

はい () ・ いいえ

◆かかりつけの医療機関はありますか？ はい () ・ いいえ

◆現在服用中のお薬はありますか？ はい () ・ いいえ

◆ご家族の方でお病気をお持ちの方はいらっしゃいますか？

はい () ・ いいえ

◆お酒は飲みますか？ はい () ・ いいえ

◆タバコは吸いますか？

吸わない・吸う（一日 本）・禁煙した（ 年前から）

◆本日受診前に食事を摂られましたか？ はい ・ いいえ