

【問 診 票】

記入日 平成 年 月 日

フリガナ		男 女	生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
氏 名					
現住所					
電 話		職業			

1) いつから、どのような症状がありますか？

- ① いつから()
② 症状 ()

2) 現在、治療中の病気はありますか？

なし ・ あり (病名 :)
(飲んでいる薬 :)

3) 今までに大きな病気をした、または手術を受けたことがありますか？

高血圧 ・ 心臓病 ・ 糖尿病 ・ 肝臓病 ・ 喘息 ・ 腎臓病 ・ 結核
胃、十二指腸潰瘍 ・ 前立腺肥大症 ・ 骨粗しょう症

その他の病気()
過去に受けた手術()

4) 飲食物、薬剤でアレルギー(じんましん・発疹など)が、でたことはありますか？

なし ・ あり (薬剤名:)
(飲食物名:)

5) 緑内障または、前立腺肥大症を指摘されたことはありますか？

なし ・ あり (緑内障 ・ 前立腺肥大症)

6) その他、希望事項がありましたらお書き下さい。

超音波エコー検査 ・ 血液検査 ・ レントゲン ・ ウォーターベット

[その他]

--

7) 女性の方へ:

①現在妊娠されてますか、またはその可能性がありますか？

いいえ ・ はい ・ わからない

②現在授乳中ですか？

いいえ ・ はい

松庵内科クリニック

〒167-0054

東京都杉並区松庵2-7-11

TEL(03)5370-2006