

◆ 予約日時： 月 日 ( ) 午前 / 午後 : ~

※ご来院時には保険証、医療証各種をお持ち下さい。

佐々木クリニック多摩平

診療日：月曜～土曜午前／休診日：土曜午後、日、祝日

診療時間：午前 9：00～12：00／午後 16：00～18：30

TEL：042 (585) 2591／FAX：042 (585) 2704

## 内科 問診表

1. 新規 2. 豊田

フリガナ				
氏名		男・女	住所	TEL
生年月日	明大 昭平	年 月 日 ( 歳)	職業	

① いつ頃から、どのように具合が悪くないのですか？ (現在の体温： °C)

② 薬にアレルギーがありますか？

なし

あり → 薬の名前：

症状

③ 最近海外への渡航がありますか？ ある方は国名もご記入ください。

なし ・ あり (国名： )

④ これまでにかかった主な病気をお書きください。

病名	時期	病院名	経過

⑤ いつも飲んでいる薬はありますか？

なし ・ あり (薬の名前： )

⑥ ご家族(血縁)に下記の病気の方がいらっしゃれば、( )内に続柄をご記入ください。

高血圧 ( ) 高脂血症 ( ) 糖尿病 ( ) 狭心症 ( )

心筋梗塞 ( ) 脳卒中 ( ) がん ( ) 膠原病 ( )

甲状腺疾患 ( )

⑦ 嗜好品をお書きください。

タバコ 1日 ( ) 本を ( ) 年間

アルコール 酒の種類 ( ) 1日量 ( ) を ( ) 年間 休肝日 ( )

(女性の方のみ)

現在、妊娠中ですか？ はい ・ いいえ

現在、授乳中ですか？ はい ・ いいえ

最終月経はいつですか？ 月 日～