

問診票

ふりがな		男 女	生年月日 年齢	昭・平・令	年	月	日
氏名							
住所	〒						
電話番号	(自宅)	(携帯)					
緊急 連絡先	(電話番号)	(続柄)					

今日はどうされましたか？簡単で結構ですのでお書きください。

今定期的に飲まれているお薬はありますか？

ない ある（お薬名 _____ ）

お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

ない ある（お薬名や食べ物名： _____ ）

今までに大きな病気や入院をされたことはありますか？

ない ある（病名： _____ ）

現在妊娠の可能性はありますか？

いいえ はい（現在妊娠： _____ ヶ月）

授乳中ですか？

いいえ はい

今日はどなたかの紹介で来院されましたか？

いいえ はい

（よろしければ紹介者のお名前をお書きください： _____ ）

ご協力ありがとうございました。

医療法人社団 ふじた内科