

問 診 表

しおばら内科循環器クリニック

初診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ		生年月日	M・T・S・H	年	月	日	歳
お名前	男・女	電話番号	()	-			
ご住所							

職業: _____ 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。
症状がある a)いつから: ()
b)どのような: ()
他医療機関からのご紹介(病院名:)
その他 ()
2. 現在、治療中の病気がありますか? ある・ない
(病名:)
3. 現在、服用中の薬はありますか? ある・ない
(薬名:)
4. 今まで病気になったり、入院・手術をしたことがありますか? ある・ない
(病名:)
5. ご家族でご病気の方はいらっしゃいますか? ある・ない
(病名:)
6. 今までに内服薬、注射薬などでアレルギー症状がでたことがありますか? ある・ない
(詳細:)
7. <女性の方へ>
現在、妊娠の可能性はありますか? ある・ない

ご記入いただけましたら受付にお声をおかけください。