

予 診 票 (内科)

氏名 _____ (男・女) 体重 kg _____ 年齢 才 _____

(女性の方のみ質問です)
 妊娠されていますか。又はその可能性がありますか。☑を付けてください。
いいえ はい(妊娠 ヵ月)

●症状を詳しく記入してください。また該当がある場合は下記に○を付けてください。
 (_____)

- ・()日前から 熱 【あり・なし】
- ・頭痛 【あり・なし】
- ・咳 【あり・なし】
- ・鼻汁 【あり・なし】
- ・のどの痛み【あり・なし】
- ・腹痛 【あり・なし】
- ・下痢 【あり・なし】
- ・嘔吐 【あり・なし】
- ・めまい・ふらつき 【あり・なし】
- ・その他(_____)

●下記の質問の該当項目を☑で選んでください。

・アレルギーはありますか？
なし
あり→薬品名等(_____) 薬・注射(_____)
花粉症 喘息 アトピー その他(_____)

・今までに大きな病気でケガや病気をしたことがありますか？
いいえ はい(いつ頃: _____ 病名: _____)

・現在治療中の病気はありますか？
いいえ はい(医療機関名: _____ 病名: _____)
 (薬品名: _____)

・室内でペットを飼っていますか？
いいえ はい(犬・猫・小鳥・その他: _____)

・タバコは吸いますか？
いいえ はい(1日 _____ 本)

・アルコールは飲みますか？
いいえ はい(種類: _____ 1日 _____ 杯・本)

・定期検査を受けていますか？
いいえ はい(胃・大腸・肺・婦人科・その他: _____)

記入終了後、受付へお渡しください。

