

内科受診メモ（問診表）

平成 年 月 日受診

※ 以下の項目は診療に必要です。記載された内容を無断で第三者に提供することはありません。

| | | | |
|-------|-------------|-----------------------|--|
| ふりがな | 男 ・ 女 | 生年月日：明・大・昭・平 年 月 日生まれ | |
| お名前 | | 被保険者【世帯主】との続柄 | |
| ご住所 〒 | | 電話番号 | |
| | | 携帯番号 | |

◆ どんな症状がありますか？

◆ いつ頃からその症状がありますか？

◆ 今までに大きな病気・けが・手術などをしたことがありますか？ はい ・ いいえ

◆ 「はい」の方・・・いつ頃ですか （ ）
どんなことですか （ ）

◆ 現在、通院治療中の病気や飲んでいるお薬（常備薬を含む）があれば、ご記入ください

◆ お薬や注射で副作用があったことがありますか？また、食物にアレルギーありますか？

◆ 女性の方にお聞きします。

現在妊娠中、または妊娠の可能性ありますか はい ・ いいえ ・ 不明

現在生理中ですか はい ・ いいえ

※ プリントアウトして、ご来院時に受付にお渡し下さい