

問 診 票

ふじさき内科クリニック

再診の方は太枠内のみご記入ください

受付日 年 月 日

ふりがな		生年月日	
氏名	男・女	大正 昭和 平成	年 月 日 年齢 才
13歳までの方	体重 Kg		

※初診の方はご記入ください（再診の方でも、変更がありましたらご記入ください）

住所	(〒 ー) 都・道・府・県 市・区		
電話	①	自宅・携帯 ②	自宅・携帯

体温	現在	最高	月 日 時頃	℃
いつから体調が悪くなりましたか？				頃から
該当の症状に○をつけて、わかる範囲でご記入ください 発熱 せき たん のどの痛み くしゃみ 鼻水 頭痛 寒気 だるさ 節々の痛み 腹痛 胃もたれ 胸やけ 吐き気 おう吐 食欲不振 下痢 便秘 お腹のはり 動悸 息切れ 息苦しさ 胸の痛み 脈の乱れ 発疹 腰・膝・肩・首・足・手の痛み その他				
他の医療機関からの転医		病名・症状		

入院となる病気をしたり、手術をしたことがありますか？	病名・症状
今、飲んでいるお薬はありますか？	お薬名
お薬であわないものはありますか？	お薬名
アレルギーはありますか？	食品・花粉・その他 (種類・名称)
タバコ	吸わない・吸う (一日 本)
アルコール	飲まない・飲む (一日量)

※女性の方で、妊娠中・授乳中の方はお申し出ください

※アンケート 当院を何でお知りになりましたか？

新聞広告 雑誌 インタネット 看板 電柱広告 近所
知人の紹介 口コミ 通りすがり その他 ()