



野口整形外科内科医院

問診票

内科

ID:

ふりがな		生年月日	明・大・昭・平・令	
お名前	男・女		年 月 日(歳)	
ご住所	(〒 -)			
お電話	【自宅】	【携帯】		
御職業				

1. ご来院状況

- ①これまでに当病院に受診されたことはありますか？
はい いいえ

2. 今回の症状についてお伺いします。

- ①どうされましたか？
 【 】
- ②それはいつごろからですか？
 【 】
- ③今回の症状にあたって、最初に受診された医療機関はありますか？
はい いいえ

3. 今の状況についてお伺いします。

- ①今までに大きい病気や事故を経験されましたか？
はい 【 】
いいえ
- ②現在かかっている病院や医院はありますか？
はい 【 】
いいえ

裏面に続きますのでご記入おねがいたします



4. 現在のお薬についてお伺いします。

①何かお薬を服用されていますか？(はいの場合は薬剤名などを記入)

はい 【

いいえ

②何かサプリメントを服用されていますか？(はいの場合は名称を記入)

はい 【

いいえ

③今日はお薬またはお薬手帳(説明書)をお持ちですか？

はい

いいえ

5. アレルギー等についてお伺いします。

①今までにお薬や食べ物によるアレルギーや蕁麻疹が出たことはありますか？

はい

いいえ

②上記で「はい」の場合、薬・食べ物名を全て記入して下さい。

【

【

】

6. その他

①タバコは吸われますか？

吸わない

吸う(1日 本)

やめた(年 月頃)

②お酒は飲まれますか？(飲まれる場合は飲酒量を記入)

飲まない

時々飲む

毎日飲む

飲酒量:

7. 6か月以内の海外渡航歴はありますか？

はい 【時期: 国・地域: 】

いいえ

8. 女性の方におたずねします。

①現在妊娠している可能性はありますか？

はい

いいえ

授乳中

②最終月経 【 年 月 日 ・ 閉経 】



ご記入ありがとうございました。