

# はま内科・神経内科クリニック 問診票

記入日 年 月 日

お名前	ふりがな	生年月日			
	男 ・ 女	大正 昭和 平成	年	月	日
連絡先	〒	自宅 TEL :  携帯 :			
ご職業		身長	cm	体重	kg

以下の項目について、○で囲むもしくはご記入下さい。

■本日はどうなさいましたか。(いつから、どこが、どんな具合に) 体温\_\_\_\_\_℃

■上記の症状で他の病院を受診されましたか? いいえ・はい(医療機関名: \_\_\_\_\_)

■今まで大きな病気・けがあるいは現在治療中の病気がありますか?

なし

あり → どんな病気・けがでしたか? ( \_\_\_\_\_ )

いつ頃 ( \_\_\_\_\_ヶ月前 / \_\_\_\_\_年前あるいは \_\_\_\_\_歳時)

現在治療中: (医療機関名 \_\_\_\_\_)

■現在飲まれているお薬はありますか?

なし・あり → どのようなお薬ですか? ( \_\_\_\_\_ )

■今までアレルギー・特異体質といわれたことがありますか?

なし・あり (薬: \_\_\_\_\_ 食品: \_\_\_\_\_ その他: \_\_\_\_\_)

■たばこ: 吸わない・過去に吸っていた・現在も吸っている 本/日 ( \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_歳)

■お酒: 飲まない・飲む(毎日・週 \_\_\_\_\_回・たまに)

■女性の方だけお答えください。

妊娠の可能性: なし・あり 授乳中: いいえ・はい

■漢方薬を希望されますか? しない・する・どちらでもよい