

問 診 票

くにとみ内科外科クリニック

氏 名 (男・女)

生年月日 大 昭 平 令 . .

ふりがな

電話番号

住 所

該当する症状を、○で囲んでください。

発熱(°C) ・ 寒気 ・ 節々の痛み ・ 頭痛 ・ くしゃみ ・ 鼻水 ・ 鼻づまり

せき ・ たん ・ のどの痛み ・ 声のかれ ・ ぜいぜいする ・ 息苦しい

胃痛 ・ 胃が重い ・ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ 食欲が無い ・ お腹が痛い ・ 下痢 ・ 便秘

尿がちかい ・ 排尿時の痛み ・ 残尿感 ・ めまい

****上記に該当しない症状がありましたら御記入ください****

いつからそのような具合ですか？

()日前から ()週間前から ()ヶ月前から ()年前から

別の医師に治療を受けていますか？(今回の症状以外も含む)

いいえ はい ()病院・クリニック ()医師

持病がありますか？

いいえ はい 病名() いつから(年 月頃)

アレルギーはありますか？

いいえ はい ()

本日、お薬手帳はお持ちですか？

なし あり (手帳 ・ アプリ)

現在、服用中の薬はありますか？

いいえ はい 薬品名()

薬に対してアレルギーはありますか？

いいえ はい 薬品名()

診療費明細書は発行しますか

いいえ はい

当院をどこでお知りになりましたか？差し支えなければご記入ください。

他の病院からの紹介()病院(クリニック)

ご家族がかかっている(お名前)

家が近所 職場が近所 知り合いから聞いた 院長を知っている

当院では確認の為、保険証をコピーさせていただいております。