

# 【問 診 票】

記入日 平成 年 月 日

フリガナ		男 女	生 年 月 日	明治	年	月	日
氏名				大正			
現住所							
電話				職業			

- 1) いつから、どのような症状がありますか？  
① いつから( )  
② 症状 ( )
- 2) 現在、治療中の病気はありますか？  
なし・あり ( 病名 : )  
( 飲んでいる薬 : )
- 3) 今までに大きな病気をした、または手術を受けたことがありますか？  
高血圧・心臓病・糖尿病・肝臓病・喘息・腎臓病・結核  
胃、十二指腸潰瘍・前立腺肥大症・骨粗しょう症  
その他の病気( )  
過去に受けた手術( )
- 4) 飲食物、薬剤でアレルギー(じんましん・発疹など)が、でたことはありますか？  
なし・あり ( 薬剤名 : )  
( 飲食物名 : )
- 5) 緑内障または、前立腺肥大症を指摘されたことはありますか？  
なし・あり ( 緑内障 ・ 前立腺肥大症 )
- 6) その他、希望事項がありましたらお書き下さい。  
超音波エコー検査・血液検査・レントゲン・ウォーターベット

[その他]

--

- 7) 女性の方へ：  
① 現在妊娠されてますか、またはその可能性がありますか？  
いいえ ・ はい ・ わからない  
② 現在授乳中ですか？  
いいえ ・ はい

松庵内科クリニック  
〒167-0054  
東京都杉並区松庵2-7-11  
TEL(03)5370-2006