

内科 問診票

フリガナ		生年月日
氏名		T・S・H
	男 女	年 月 日
住所	〒	
自宅電話 番号		携帯電話 番号

具合の悪いところを具体的に記入してください。

●どこがどのように悪いですか？

●いつからですか？

●今回の症状でどちらかの医院・病院にかかりましたか？

いいえ・はい 年 月 日から
にかかっている。

●過去の病気や治療中の病気があれば、囲んで何歳頃からかをご記入下さい。

胃・十二指腸潰瘍(才)、逆流性食道炎(才)、肝臓病(才)
高血圧(才)、心臓病・不整脈(才)、糖尿病(才)、
肺疾患 (COPD、肺気腫、喘息) (才) 脳卒中(才)腎臓病(才)
がん(癌) (才)、
その他 (病名：)
手術歴 (才)

●現在内服している薬 (お薬手帳のコピー可)

●薬の副作用が出たことはありますか。

いいえ・はい お薬名 症状

●何かご質問があれば記入してください



はせがわクリニック

内科 + 消化器内科 + 皮膚科

TEL

052-800-3711