

# 問 診 表

ふりがな 氏 名	男 ・ 女	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生
	歳		
住 所 〒 —			
☎ —			

■ 今日はどうなさいましたか？

具体的に

[ ]

■ それはいつからですか？ お熱はありますか？

■ 現在どこかの病院に通院されていますか？

■ 現在内服中のお薬はありますか？

具体的に

ない ・ ある

[ ]

■ 今までに次のような病気にかかったことはありますか？

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 脳卒中

がん ・ その他 ( )

■ 今まで薬や食べ物でアレルギー症状が出たことはありますか？

具体的に

ない ・ ある

[ ]

※妊娠中及び妊娠の可能性のある方はスタッフまでお知らせください。

\* ありがとうございます \*

さの内科循環器クリニック