一般内科 問診票（ご来院前にご記入ください）

【基本情報】 お名前：　　フリガナ：
生年月日：　　年　　月　　日（満　　歳）　　性別：□男　□女
住所：〒　　電話番号：

【主訴（今日の症状)】 □ 発熱　□ 咳・痰　□ 喉の痛み　□ 頭痛　□ 動悸
□ 息切れ □ 倦怠感　□ 腹痛　□ 下痢　□ 便秘　□ むくみ
□ その他（　　）

【症状の経過】 いつ頃から：　　経過：□悪化　□不変　□軽快

【既往歴】 □ 高血圧　□ 糖尿病　□ 脂質異常症　□ 心疾患　□ 脳卒中　□ 腎臓
□ 呼吸器疾患
□ その他（　　）

【服用中の薬】 □ なし　□ あり（　　）

【アレルギー】 □ 薬剤（　　）　□ 食物（　　）　□ なし

【生活習慣】 喫煙：□なし □あり（1 日　本×　年）
飲酒：□なし □あり（週　　回、量：　　）

【医師へのメッセージ】

医療法人優理会　やまうちクリニック