

# 伊吹医院 初診問診票(内科)

記入日 年 月 日

お名前	ふりがな	生年月日
		大正 昭和 平成 年 月 日
連絡先	〒	TEL

以下の項目について、○で囲むもしくはご記入下さい。

■本日はどうなさいましたか。具体的に

(体温 °C)

■いつからですか？

約

頃から

■上記の症状で他の病院を受診されましたか？

( )

■今まで大きな病気・外傷あるいは現在治療中の病気がありますか？

・なし

・あり → どんな病気・けがでしたか？

( )

いつ頃 (約 ヶ月前/約 年前)

現在治療中:

■現在飲まれているお薬はありますか？

・なし ・あり → どのようなお薬ですか？

( )

■今までアレルギー・特異体質といわれたことがありますか？

・なし ・あり ( )

■たばこ:吸わない・過去に吸っていた・現在も吸っている: 本/日

■酒:飲まない・飲む:毎日・週( )回・機会飲酒

■妊婦の可能性: あり・なし 授乳中: はい・いいえ