ありい　　クリニック　問診票

氏名〈　　〉様　　年齢　〈　　〉歳　　性別　男・女

未婚・既婚　職業〈　　〉身長（　　）cm　体重（　　）Kg

生年月日　（　　年　　月　　日　）体温（　　）℃　血圧　／

〒住所

☎　連絡先　　1．（　　－　　－　　）　　自宅・携帯

☎　連絡先　　2．（　　－　　－　　）　　関係（　　）

1．本日、当院を受診され理由

その症状は、いつから、どこが、どのようになりましたか？

（　　）

その症状は、今も続いていますか？　　はい・いいえ

2．これまでにかかった病気や手術を受けられたことはありますか？

（　　いつ頃：　　病名：　　）

3．現在通院されている病院（医院）はありますか？

（病院（医院）名：　　科　　）

4．現在、薬を服用されていますか？お薬手帳をお持ちの方は受付に提示してください（薬名　　）

5．今までに薬を飲んだり、注射をして気分が悪くなったり発疹がでたというようなアレルギーを起こしたことはありますか？

（　　）

6．　あなたもしくは近親者が２週間以内に海外から帰国されましたか？

はい　・いいえ

7．　女性のみ記入してください。　　妊娠はしていますか？　　はい・いいえ

8．輸血を受けた事がありますか？　　はい　・　いいえ

DDまっぷ