総合問診票

氏名	男・女	生年月日　　年　　月　　日
住所 電話番号		

体温（　　℃）　　血圧（　　/　　）

・現在症状はありますか？

（　　）

・現在治療中のご病気はありますか？

（　　）

・内服中のお薬はありますか？

（　　）

・薬や食べ物などアレルギーはありますか？　薬剤名・食品・花粉症など

（　　）

・血の繋がった方に(ご両親や兄弟、祖父母など)に病気治療中の方はいますか？

（　　）

・飲酒はしますか　（毎日　・時々　・飲まない）

・タバコは吸いますか？（吸う　本/日・禁煙した　・吸わない）

・（女性のみ） 妊娠している、妊娠の可能性はありますか？　（あり　・なし・　授乳中）

・そのほかありましたらご記入ください

いわもと内科おなかクリニック　甲府市向町 202 グリーンタウン甲府東

055-244-7144