

カルテ No.

年 月 日

伊藤メディカルクリニック 問診表 内科

ふりがな

お名前：

ご住所：

お電話番号：(自宅) 電話連絡 可 ・ 不可

：(携帯) 電話連絡 可 ・ 不可

生年月日： T・S・H 年 月 日 生まれ 年齢 歳

身長： c m 体重： k g

<いつ頃から、どのような症状がありますか？>

<今までにかかった病気はありますか？>

<ご家族に糖尿病、高血圧、脳卒中、癌、等にかかった方はいらっしゃいますか？>

<月経について>

◆一番最近の生理の始まった日は 月 日から 日間

◆妊娠の可能性はありますか？ (有・無)

<アレルギーはありますか？>

◆薬：

◆その他：

<今服用されているお薬はありますか？>

<手術をされた事がありますか？>

① 年 月 日 ◆病名： ◆病院：

② 年 月 日 ◆病名： ◆病院：

<当院を何でお知りになりましたか？>

※未記入欄がないようにご記入ください。ご記入が終わりましたら、受付までお持ちください。