内科問診表　　井上内科皮膚科クリニック

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日　　　年　　月　　日

体温　　　　　度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏名 |  | 生年月日 | 　T・S・H・R年　　　月　　　日 |
| 男・女 | 身長　　　cm　体重　　　kg |

|  |  |
| --- | --- |
| **今日はどうしましたか？****（症状、時期など具体的に）** |  |
| **今かかっている病気はありますか** |  |
| **今飲んでいる薬はありますか****（多い方はお薬手帳で確認しますので記載は不要です。）** |  |
| **これまでにかかったことがある****病気はありますか？** |  |
| **薬や注射、食べ物でアレルギーは****ありますか？** |  |
| **お酒は飲みますか** |  |
| **タバコは吸いますか** |  |
| **心配なこと、本日しっかりと伝えたいことなど自由に記載して下さい。** |  |

お薬手帳がある方はご準備ください