診療申込書

ふりがな			男・女
氏　　名	姓	名	
生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日生		歳
住　　所	〒□□□－□□□□ 市　　町		
電話番号	－　　－		

問診票

(1)　本日はどうなさいましたか。

(2)　その症状はいつごろからですか。

(3)　今までにかかったことのある病気はありますか。

(4)　今かかっている病気、飲んでいるお薬があればお書き下さい。

(5)　ご家族に同じような病気の方はいらっしゃいますか。

(6)　お薬や食品でアレルギーはありますか。

お酒は　　飲まない　・　飲む（ビール　　杯、日本酒　　合）

タバコは　吸わない　・　吸う（　　本/日）・以前吸っていた（　　歳まで）

古本内科クリニック