

診療申込・問診票

記入日 年 月 日

フリガナ		生	大正			
氏名	男 女	年 月 日	昭和 平成	年	月	日
住所	〒					
電話番号		身長	c m			
携帯番号		体重	k g			

○本日はどうなさいましたか

【体温： 度】

【

○いつ頃からですか

】

○今まで大きい病気にかかったことがありますか

☐なし

☐あり…病名・治療状況等下記にお書き下さい

【

○現在飲まれている薬はありますか

☐なし

☐あり…お薬手帳があればお見せ下さい。

【

○今まで薬や食べ物等でアレルギー症状（発疹・気分不快等）を起こしたり、

アレルギー体質、特異体質と言われた事がありますか

☐なし

☐あり…【薬： 食品： その他：

○マイナ保健証の使用を希望されますか ☐はい

☐いいえ

○女性の方へ

☐妊娠中、可能性がある(週目)

☐授乳中

○差し支えなければ職業をお書きください【

】



せお内科クリニック