

内科問診票

氏名	中村 美咲	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
住所	〒		
生年月日	大・昭 ^平 12年 5月 21日		
TEL	(自宅)	(携帯)	

◆今日は何のような事でいらっしゃいましたか？あてはまる症状にチェックを付けて下さい

- 発熱 頭痛 鼻水 喉の痛み 咳 痰 関節の痛み
 腹痛 吐き気 嘔吐 下痢 便秘 食欲不振 腰痛
 息苦しい めまい ふらつき 身体がだるい その他^{立ち上がると} [目の前が暗くなる]

◆現在治療中の病気はありますか？

いいえ・はい [病名 鉄欠乏性貧血]

◆今服用しているお薬はありますか？

いいえ・はい [お薬名 左ロミア]

◆薬や食べ物のアレルギーはありますか？

いいえ・はい [食べ物 キウイ] [お薬]

◆今までに入院・手術をされたことがありますか？

いいえ・はい [手術名 鼻中隔矯正術]

◆お酒は飲みますか？

いいえ・はい

◆タバコは吸いますか？

吸わない (一日 本)・吸う・禁煙した (年前から)

●女性の方だけお答え下さい●

☆妊娠されていますか？ いいえ・わからない・はい (週目)

☆授乳中ですか？ いいえ・はい