

当院に初めて来院された方へ

診察に必要な事柄ですのでご協力下さい。

この問診票は適切に管理し、診療行為のみに使用いたします。 宮川内科医院

記入日 平成 年 月 日		
フリガナ	男・女	明治・大正・昭和・平成
お名前		年 月 日生
ご住所 〒	電話	

1. 今日はどうされましたか？

お腹が痛い・頭が痛い・咳がひどい・熱がある・吐き気がする

その他 ()

その症状はいつ頃からですか？ (日前ごろから)

2. これまでに手術をしたことがありますか？

ある (病名: . 年 月頃) ・ない

3. アルコールは飲みますか？

毎日・ときどき・ほとんど飲まない

4. タバコは吸いますか？

はい (1日に 本くらい) ・吸わない

5. 注射を受けた後、気分が悪くなったことや発疹が出たことがありますか？

ある・ない

6. いま飲んでいる薬はありますか？

ある (分かれば薬の名前:) ・ない