

内科問診票（再診）

ID No. _____

日付 20 年 月 日

フガナ

ご氏名： _____ 年齢 _____ 才（男・女）

今日はいかがなさいましたか？

下記の症状 ・健康診断の結果で来院・診断書・証明書の作成希望



いつから： 月 日 時頃から _____ *体温 _____ °C

症 状：

受診目的：

市販薬など飲んでいますか？ なし ・ あり

アレルギーはありますか？ なし ・ あり

喫 煙 : 吸わない ・ 吸う

飲 酒 : しない ・ あり

睡 眠 : よく眠れる ・ 眠れない ・ 昼間に急にねむくなる

女性のみ : 妊娠していますか？

妊娠していない・妊娠している・可能性がある