

ゆりの木クリニック 再診問診票

ID:		受診日	年 月 日
お名前	ふりがな	生年月日	大正
	男・女		昭和
			平成
			西暦
ご住所	〒	お電話	()
		<input type="checkbox"/> 自宅	
		<input type="checkbox"/> 携帯	
お勤め先		体温	℃

★本日はどうなさいましたか？

★いつからですか？ _____ 日前から

★現在治療中のけが、病気はありますか？

ない

ある

病名： _____

かかっている医療機関： _____

★現在飲んでいるお薬はありますか？

ない

ある

飲んでいるお薬についてご記入ください： _____

★今までアレルギー、特異体質といわれたことはありますか？

ない

ある：食物 () 薬 () その他 ()

★タバコについて

吸う (本/日)

吸わない

★お酒について

飲む (日/週)

飲まない

★現在、妊娠中ですか？ はい いいえ

授乳中ですか？ はい いいえ

★何か気になることがあればご記入ください： _____