

# さの内科循環器クリニック 問診票

ID: 令和 年 月 日

フリガナ : 性別 : 男・女
氏名 :
生年月日 : 昭和・平成・令和 年 月 日
住所 : 〒
電話番号(あれば携帯) :

- ◆ いつから、どのような症状がありますか？
  
- ◆ 熱はありますか？ ない・ある 〔 〕
  
- ◆ 現在どこかの病院に通院されていますか？  
いいえ・はい 〔 〕
  
- ◆ 現在、内服中のお薬はありますか？あればお薬手帳をご提出ください。  
いいえ・はい 〔 〕
  
- ◆ 今までに次のような病気にかかったことはありますか？  
高血圧・糖尿病・心臓病・腎臓病・肝臓病・脳疾患・がん  
その他 〔 〕
  
- ◆ 薬や食べ物のアレルギーはありますか？  
いいえ・はい 〔 〕
  
- ◆ 女性の方へお聞きします。現在妊娠中や授乳中ですか？  
いいえ・はい 〔 〕
  
- ◆ マイナンバーカードを保険証の代わりに使用して良いですか？ はい・いいえ