

ID

予診表

年 月 日

ふりがな

■ 氏名

■ 生年月日 (T / S / H)

■ 住所

年 月 日 (才)

■ 性別

男 - 女

■ TEL

■ 身長 cm / 体重 kg

■ 職業

・本日は何科におかかりですか？

[内科 ・ 皮膚科 ・ アレルギー科 ・ 小児科 ・ その他]

・どのような症状で来院されましたか？

・現在服用されているお薬はありますか？ (はい、いいえ)

種類

・今までに手術をしたことがありますか？ (はい、いいえ)

どのような手術ですか

・くすり、飲食物のアレルギーはありますか？ (はい、いいえ)

種類

・生活習慣

タバコ (+ or -)

お酒 (+ or -)

ダイエット (+ or -)

運動 (+ or -)

・好きな食べ物とスポーツは何ですか？

十番クリニック