

問 診 票

受診日 平成 年 月 日

ふりがな		生年月日	明 大 年 月 日
氏 名	(男・女)		昭 平 (歳)
住 所	〒		
電話番号	(自宅 :) (携帯 :)		

※ 症状がある部位を○で囲んでください

1. 今日はどのような症状で来られましたか。

()

2. その症状はいつからですか。

()

3. その症状の原因で心当たりはありますか。

()

4. 女性の方のみお答えください。

現在妊娠中ですか。 はい ・ いいえ 現在授乳中ですか。 はい ・ いいえ

5. 現在、かかりつけの病院（先生）はありますか。

・ はい (病院名 :) ・ いいえ
 (病 名 :)

※ お薬手帳などがあれば、受付にお出してください。

6. 今までにかかったことのある病気や事柄があれば○で囲んでください。

・ ぜんそく ・ 腎臓病 ・ 前立腺の病気 ・ 糖尿病 ・ 心臓病
 ・ 高血圧 ・ 肺の病気 ・ 肝臓病 ・ 緑内障 ・ 輸血の経験 ・ その他 ()

7. 今までに入院や、手術をしたことはありますか。

・ はい

いつ頃	手術・入院内容

・ いいえ

8. 今までにお薬や食べ物でアレルギーをおこしたり、気分が悪くなったりしたことはありますか。

・ はい (内 容 :) ・ いいえ

9. タバコを吸いますか。

・ はい 一日 () 本 喫煙年数 () 年 ・ いいえ

10. アルコールを飲みますか。

・ はい 種類 () 量 () 週に () 回 ・ いいえ

11. 当クリニックをどのようにして知りましたか。○で囲んでください。

1. 他院からの紹介 2. 知人からの紹介 3. 近所、通りすがり
 4. インターネットを見て 5. ちらし、看板を見て 6. その他 ()

