

問 診 票

I D

年 月 日

フリガナ		性 別	男 ・ 女		
氏 名		生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日		
住 所	〒				
電話番号		携 帯			
身 長	c m	体 重	k g	体 温	℃

1、どこがどのように悪くて来院されましたか？

2、その症状はいつ頃から始まりましたか？

頃から

3、これまでに大きな病気で治療を受けたことがありますか？

または、現在治療中の病気がありますか？

ない ある 病名： _____

4、これまでに手術を受けたことがありますか？

ない ある 手術名： _____

5、ご家族（血縁）に下記の病気の方がいらっしゃいますか？

ない ある 生活習慣病（高血圧、糖尿病、高脂血症）
肝臓の病気 胃腸の病気 心臓の病気

6、現在、飲んでいる薬がありますか？

ない ある 薬剤名： _____

7、たばこを吸いますか？ 吸わない 吸う（1日 本 / 年間）

8、お酒を飲みますか？ 飲まない 飲む（1回 ml / 週 回）

9、薬のアレルギーがありますか？

ない ある（薬剤名： _____）

10、本日は飲食されましたか？

いいえ はい（食事時間 時間前）

★女性の方へおたずねします。

11、現在妊娠・授乳中ですか？ いいえ はい わからない 授乳中

12、当院、受診のきっかけは何ですか？（複数回答 OK です）

家が近いから 通りすがり インターネット チラシ・新聞・雑誌等を見て
他院紹介 知人紹介 検診で勧められて 電柱広告 その他（ _____ ）

※予約の方が優先となりますのでご了承ください。