

問 診 票

ご記入日 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	大・昭・平・西暦
お名前		男・女	年 月 日 歳	
ご住所	〒 -	固定電話	-	-
		携帯電話	-	-
		緊急連絡先	-	-
		お名前・続柄	()	

■ 本日は、どのような症状でご来院されましたか？（いつから・どこが・どのように）

現在の体温 °C

■ 女性の方へ 妊娠している、またはその可能性はありますか？ ■授乳中ですか？

いいえ・はい（ヶ月）・わからない

いいえ・はい

■ 現在、他の医療機関に通院されていますか？

いいえ・はい 医療機関名：

病 名：

■ 現在（最近）、市販の薬も含めて飲んでいる薬はありますか？（お薬手帳をお持ちの方は拝見させて下さい）

なし・あり 薬品名：

■ 今までにかかったことのある病気に○をしてください。

特になし・高血圧・高脂血症・貧血・糖尿病・胃炎・胃/十二指腸潰瘍・脳卒中

喘息・肺炎・結核・心臓病・肝臓病・腎臓病・リウマチ・痛風・アトピー

花粉症・がん その他（病名：)

■ 手術を受けた事がありますか？

病名：

なし・あり

いつ頃：

■ 薬・食べ物のアレルギーはありますか？ なし・あり ()

■ たばこ 吸わない・吸う (本/日) ・ 過去に吸っていた (約 年前)

■ アルコール 飲まない・飲む (種類： ほぼ毎日・時々・たまに)

■ 過去3ヶ月以内に海外に出かけられましたか？ いいえ・はい (国名：)

■ ペットを飼っていらっしゃいますか？ いいえ・はい ()