

年 月 日

問診票

ID:

フリガナ	性別	男 ・ 女
氏名	生年月日	年 月 日(満 歳)
フリガナ		
住所 〒		
電話番号	携帯番号	
ご職業	緊急連絡先()	
当クリニックから連絡しても差し支えない方法を教えて下さい。		
□携帯電話 □ご自宅 □e-mail (e-mail アドレス:)		

(身長: cm) (体重: kg) (体温: °C) (血圧: /)

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？

--

2. 症状はいつごろからですか？ 症状が悪くなったり、良くなったりする場合はどういう時(状態)ですか？

--

3. 現在治療中の病気、または、過去に大きな病気にかかったことはありますか？

□ない □ある(病名、病院名:)

4. 今までにお薬や注射、食べ物で気分が悪くなったり、アレルギーがでたことがありますか？

□ない □ある(薬品名、症状:)
(食品名、症状)

5. 現在服用中の薬はありますか？(内服薬の名前が分からない、**薬が多い方はお薬手帳をお見せください。**)

□ない □ある(薬品名)

6. 喫煙されていますか？

□いいえ □はい(本/日 年間) □以前は吸っていたが禁煙した(禁煙して 年)
--

7. お酒はお飲みになりますか？

□飲まない □時々飲む □ほとんど毎日飲む (□ビール 本・ □日本酒 合・ □洋酒 ml)
--

8. 海外への渡航歴はありますか(6ヶ月以内)？

□いいえ □はい(いつ頃どこへ行かれましたか？)

9. 女性のみお答えください。妊娠中、授乳中の方は診察の際にもお伝え下さい。

現在妊娠中ですか？ □いいえ □はい(週) 授乳中ですか？ □いいえ □はい

10. その他： 診察に際してご希望やご意見などございましたらお書きください。

--

11. 当院へはどのようなきっかけでご来院されましたか？

□近所だったから □知人の紹介 □インターネット □看板 □チラシ □その他()
