

# 問診票

平成 年 月 日

(フリガナ)

お名前 \_\_\_\_\_ ( 歳) 男・女

生年月日(明・大・昭・平) 年 月 日 電話番号 ( )

住所 〒 - 携帯番号 ( )

\_\_\_\_\_ 県 (市・町・村)

身長( cm) 体重( kg) 体温( °C)

1	紹介状はお持ちですか?	あり	なし
2	どのような症状でお困りですか?それはいつからですか?		
3	今回の症状で他の医療機関を受診されましたか?	はい	いいえ
4	かかりつけの医療機関はありますか?	はい	いいえ
	(医療機関名: )		
5	現在治療中の病気はありますか?	はい	いいえ
	(病名: )		
6	服用している薬はありますか?	はい	いいえ
	(服用薬全て記載: )		
7	今までに病気、けが、あるいは入院などの経験はありますか?	はい	いいえ
	(病名等: )		
8	今までに薬や注射、食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか?		
	(薬名/食べ物 )	はい	いいえ
9	たばこは吸いますか? <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 以前吸っていた (1日 本 年間)		
	お酒は飲みますか? <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (週 1~2/ 週2~3 /週3~4 /毎日 /時々)		
10	女性の方へ		
	妊娠していますか?	はい( 週目)	可能性あり
	授乳中ですか?	はい	いいえ
11	どのようにして当院をお知りになりましたか? 以下からお選びください。		
	( 紹介(口コミ等) ・ インターネット ・ その他 )		