

来院日: 年 月 日

問 診 票

体温 ()°C

ID ()

フリガナ		生年 月 日	大・昭 平・令	年 月 日 (歳)	男・女
氏名					
住所	〒 -	電話	-	-	
		携帯電話	-	-	

★ 現在の症状、又は、お困りの症状をご記入ください。

★ 次の項目にお答えください。

1. アレルギー体質と言われたことがある。

ある

ない

具体的に：

2. 薬や注射で気分が悪くなったことがある。

ある

ない

薬品名：

3. 今までに下記の病気にかかった事がある、又は、現在治療中である。(ある方は○をつけて下さい)

・糖尿病 ・胃十二指腸潰瘍 ・高血圧 ・脂質異常症 ・肝 臓 ・心 臓 ・腎 臓 ・甲状腺
・湿 疹 ・蕁麻疹 ・喘 息 ・その他 ()

4. 現在、お薬を飲んでいる。

飲んでいる

飲んでいない

具体的に：

→お薬手帳をお持ちですか？

持っている

持っていない

5. 過去に手術や大きな病気にかかったことがある。

ある

ない

→いつ頃：

どのような病気で：

6. タバコを吸っている。

吸っている () 本/日 × () 年

吸っていない

→ 以前から吸わない

→ () 歳から禁煙 () 本/日 × () 年

9. お酒を飲む。

毎日飲む 種類：ビール・日本酒・焼酎・その他()

週 () 回飲む 量： (/日)

飲まない

8. 女性の方に・・・ 当てはまるものに○をつけて下さい。

妊娠中(ケ月)

妊娠の可能性 あり・なし

授乳中

生理中

9. 身長

cm

体重

kg

★当院を受診されたきっかけをお教えてください。(当てはまるものに○をつけて下さい)

・インターネットで ・知り合いの紹介で ・他院からの紹介で

・近所だから ・看板を見て ・パンフレットを見て ・その他 ()

* その他お聞きしたいことがある場合は医師・スタッフにお申し出ください。