

問診票

ふりがな お名前 様	男 女	大正 昭和 平成 生年月日 年 月 日生
ご住所〒		
電話番号：		携帯電話：

1) 今日はどのような症状でおいでになりましたか？（できるだけ詳しくお願いします）
いつから：

症 状：

熱
℃

2) これまでにかかった病気はありますか？ なし あり

服用中のお薬：なし あり お薬手帳持参

内服薬（市販薬も含む）

3) これまでに手術をしたことがありますか？

なし あり（ ）

4) これまでご家族で下記の病気にかかった方はいますか？

特になし

糖尿病 高血圧 高脂血症 狭心症 心筋梗塞 脳梗塞 癌 気管支喘息

その他：

5) アレルギーはありますか？

薬のアレルギー なし 不明 あり（ ）

食物アレルギー なし 不明 あり（ ）

その他（ ）

6) たばこは吸いますか？ 吸わない 吸う

吸う場合 1日（ ）本 喫煙年数（ ）年

7) アルコールについて 飲まない 飲む

頻度（ 毎日 時々 /週 /月 ）

種類（ビール 日本酒 ワイン 焼酎 ウイスキー）

酒量（ 杯 本 ）

8) 女性の方にお聞きします。妊娠 なし あり（ 週） 授乳中

9) 当院は何でお知りになりましたか？

①自宅が近所 ②会社が近所 ③ホームページ ④知人の紹介 ⑤その他（ ）

10) 医療費明細書を 希望しない

11) 医師の希望 特になし 竹渕 西井 ご記入ありがとうございました。