

問診票

| | | | | | | |
|----------|----|------|----------------|---|---|---------|
| ふりがな | 男女 | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日生 ()才 |
| お名前 様 | | | | | | |
| 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 (薬剤名：)
食物アレルギー なし 不明 あり (食品名：)
その他 ()

6) たばこは吸いますか？ 吸わない 吸う <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 (/週 /月 毎日 機会があれば飲む)
種類 (ビール ワイン 日本酒 焼酎 ウイスキー)
酒量 (杯 本)

8) 女性の方へお聞きします 妊娠 なし あり (週) 授乳中

9) 直近1ヶ月での海外の渡航歴 なし あり (場所：)

10) 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
()

11) 医療費明細書を 希望しない

ご記入ありがとうございました