



問診票

令和 年 月 日

ふりがな 性別 男 ・ 女 体重 kg

お名前 生年月日 年 月 日 (歳)

ご住所 〒 -

電話番号

■本日はどうされましたか？ 受診理由について、できるだけ詳しく教えてください。

いつ頃から？ どんな症状が？

■今までにかかった主な病気・けが・手術は？

■現在飲まれているお薬はありますか？

☐ なし ☐ あり → (いつ頃から : 薬の名前・種類)

お薬手帳をお持ちの方は窓口まで提出をお願いします。

■今までに薬や食べ物に対するアレルギー（じんましんが出たり、気分が悪くなったりしたこと）がありましたか？

☐ なし ☐ あり → (薬や食べ物の種類)

■現在妊娠や授乳はされていますか？（女性のみ）

☐ 該当なし ☐ 妊娠中 ☐ 授乳中 ☐ 妊娠の可能性あり

■お酒はどのくらいの頻度で飲みますか？

☐ 飲まない ☐ 飲む → (時々・毎日：種類や量)

■タバコは吸いますか？

☐ 吸わない ☐ 吸っていたが辞めた・今も吸っている → (歳から 歳まで、1日 本)

■ご家族の病歴について、ご存じのことがあればご記入ください。

<input type="checkbox"/> 心臓病 続柄 ()	<input type="checkbox"/> 高血圧 続柄 ()	<input type="checkbox"/> 脳卒中 続柄 ()
<input type="checkbox"/> 糖尿病 続柄 ()	<input type="checkbox"/> 肝臓病 続柄 ()	<input type="checkbox"/> 結核 続柄 ()
<input type="checkbox"/> がん 続柄 ()	<input type="checkbox"/> 血液の病気 続柄 ()	

■緊急連絡先について

お名前 () 電話番号 () 続柄 ()

■当院をどのようにして知りましたか？

☐ ご家族の紹介 ☐ ご友人の紹介 (様) ☐ 通りがかり ☐ その他 ()

ご記入ありがとうございました！ 窓口までお持ちください。