



## 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。