

問診票 診察を円滑に行うため、必要事項の記載をお願い致します。

年 月 日

ふりがな 氏名		住所 〒	
		電話番号	携帯番号
性別 男・女	生年月日 大正・昭和・平成	年 月 日	年齢 歳
身長 cm	体重 kg	職業	

1.本日はどのような症状で来院されましたか？

・いつから～

・どのような症状～

2.健康診断を受けたことがありますか。

受けたことない 受けたことがある (最終受診日: 年 月頃)

3.現在治療中またはかかったことがある病気がありますか？→お薬手帳がある方は見せてください。

ない ある 病名: 年齢: 歳時 病院名: _____
病名: 年齢: 歳時 病院名: _____

4.手術を受けたことはありますか？

ない ある 病名: 年齢: 歳時 病院名: _____
病名: 年齢: 歳時 病院名: _____

5.アレルギーがありますか？ ある場合、内容をご記入ください。

ない ある → 薬 ()
 食べ物 ()
 その他 ()

6.タバコを吸いますか？

吸ったことがない 吸っていた(1日 本 歳～ 歳まで) 吸う(1日 本 歳～)

7.お酒は飲みますか？

いいえ はい・週に()日、お酒の種類()どれくらい(ml)

8.女性の方にお聞きします。現在妊娠の可能性はありますか？ 最終月経日: 月 日 ~ 月 日

ない ある わからない

9.身内の方で以下の病気の方はいらっしゃいますか？いる場合、どなたですか？

高血圧(続柄:) 糖尿病(続柄:)
 心臓病(病名: 続柄:)
 脳疾患(病名: 続柄:)
 がん(病名: 続柄:)

10.当院のことを何でお知りになりましたか？

インターネット 広告 看板 お知り合いからの紹介 医療機関からの紹介
 その他()