

問診票

本日の日付 年 月 日

ふりがな	性別 男・女	身長 cm	体重 Kg
お名前	生年月日	大・昭・平	年 月 日
住所	(〒 -)		
連絡先	自宅(- -) 携帯(- -)		

①本日はどうされましたか?いつからどのような症状かお書きください。

(診察室で医師に直接お話ししたい場合には記入は不要です。)

②現在または今までにかかった病気があれば下記に○をしてください。

高血圧 高脂血症 糖尿病 心臓病 脳卒中 肝臓病 腎臓病 がん
ぜんそく 鼻炎 アレルギー性結膜炎

その他()

③手術を受けたことはありますか?あれば何才の時に何の手術を受けたかお書きください。

ない ある ()

④現在別の病気でほかの病院にかかっていますか?

いいえ はい ()

⑤現在飲まれている薬はありますか?(お薬手帳があれば提出願います)

いいえ はい

⑥タバコは吸いますか?あるいは以前に吸っていましたか?

全く吸わない 吸っている 本/日×年
やめた 本/日×年

⑦今までに食べ物や薬でアレルギーが出たことはありますか?あればお書きください。

ない ある ()

⑧女性の方にお伺いします。

現在妊娠中ですか? はい いいえ

現在授乳中ですか? はい いいえ

⑨どのようにして当院をお知りになりましたか?

近所だから 友人・知人の紹介 ホームページを見て チラシを見て

⑩アルコールは飲みますか?

全く飲まない 週に 回(1日量は)

⑪診察の医師のご希望はありますか?(午後診は1診のみとなります)

1診(院長:男性) 2診(副院長:女性)