

(この用紙は診療のみに使用します)

問診票

フリガナ				NO.	
お名前	男 ・ 女			身長	cm
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平	年	月	日【 歳】	体重
〒	—				
ご住所				現在の体温	℃
自宅電話	—	—	携帯電話	—	—

◆この1ヶ月以内に海外に行きましたか？

いいえ ・ はい (いつ: 国名:)

◆今回、受診される症状とそれが始まった時期にOをつけてください。

【症状】 喉痛 咳 熱 鼻水
 腹痛 下痢 吐き気 頭痛
 動悸 胸痛 不整脈 めまい
 息苦しさ 健診での異常 その他 ()

【時期】 本日 昨日 () 日前 () 週間前 () ヶ月前

◆他に通院している病院がありますか？ はい ・ いいえ

お薬手帳をお持ちの方は、受付にご提示ください。

◆アレルギーが出たことはありますか？

いいえ ・ はい (薬品: 食品: 他:)

◆今までに治療を受けたことがあるものにOをつけてください。

高血圧 膠原病 喘息 胃潰瘍 うつ病等の心療内科疾患
 糖尿病 心臓病 がん 脳梗塞 その他 ()

◆煙草・お酒についてOをつけてください。

煙草 【 吸わない・吸う・過去に吸っていた (本/日) (年間) 】
 お酒 【 飲まない ・ 飲む (何をどれくらい /日) 】

◆女性のみOをつけてください。

妊娠中ですか？ 【 いいえ ・ はい 】
 授乳中ですか？ 【 いいえ ・ はい 】
 生理中ですか？ 【 いいえ ・ はい 】
 レントゲン検査を
 【受けてもよい・受けたくない】



◆当院のことはどこでお知りになりましたか？ (複数回答可)

家族・知人から聞いた 看板を見た ホームページを見た 他院からの紹介 他 ()