

(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 (                      )