

問 診 票

ふりがな
御名前 _____ 男・女 生年月日：大正・昭和 年 月 日（才）
平成・令和
体温： _____ °C 体重： _____ kg
御住所 〒 _____ 電話番号： _____

当院をお知りになったきっかけは何ですか？（下記に○をつけて下さい。複数可）

- ・ご家族受診あり（お名前 _____） ・知人からのご紹介 ・他の医療機関からの紹介
・医院前を歩いて ・看板 ・スマホ（ホームページ） ・パソコン（ホームページ）

① 今日はどうされましたか？

② いつごろからですか？

③ 今までに下記のような病気に罹ったことは、ありますか？

あり ・ なし

◆「あり」の方◆ あてはまる病名に○をして下さい。

高血圧 糖尿病 ぜんそく 心臓病 肝臓病（B型肝炎・C型肝炎）
腎臓病（透析はしていますか？ はい ・ いいえ）

胃潰瘍 貧血 緑内障 前立腺肥大 アトピー性皮膚炎 じんましん 卵アレルギー
その他病気 _____

④ たばこを吸いますか？

（以前吸っていましたか？） はい ・ いいえ
（1日 本／喫煙歴 年）

⑤ お酒は飲みますか？

はい ・ いいえ
（1日 本／飲酒歴 年）

⑥ 現在、飲んでいるお薬がありますか？

あり ・ なし

◆「あり」の方◆

お薬手帳等を手元にお持ちの方は をし、受付にお出してください。 お薬手帳等
お薬手帳がない方は、わかる範囲で記入ください。

薬名： _____

⑦ お薬や食べ物で副作用が出たことがありますか？

あり ・ なし

（副作用が出た薬名・食べ物 _____）

⑧ 女性の方にお伺いします。

妊娠中ですか？ はい ・ いいえ

（現在妊娠 週目/出産予定日 年 月頃）

授乳中ですか？ はい ・ いいえ