問診票

記入日　　20　　年　　月　　日

フリガナ		男・女	生年月日	年齢
お名前			明・大・昭・平　　年　　月　　日	歳
ご住所　〒			電話番号 自宅　　（　　） 携帯　　（　　）	
熱がある場合　　℃		（18歳未満の方）	体重	Kg

●本日はどのような症状で来院されましたか。

いつ頃から	どのような症状

●現在治療中のご病気、過去に治療したご病気があれば教えて下さい。（〇をつけて下さい。）

花粉症・アレルギー性鼻炎	喘息	アトピー性皮膚炎	心筋梗塞・狭心症	不整脈
糖尿病	高血圧	腎臓病	肝臓病	脳梗塞
胃潰瘍	前立腺肥大			
その他				

●お薬や食べ物のアレルギーはありますか。

いいえ　・　はい →（　　）

●現在飲んでいるお薬はありますか？（市販薬も含む）

いいえ　・　はい →（　　）

●あなたの生活習慣についてお尋ねします。

・タバコは吸いますか？　　吸わない　・　吸う →（1日　　本）　・　吸っていた　・　家族が吸う

・お酒は飲みますか？　　飲まない　・　時々飲む　・　ほぼ毎日飲む

・お車の運転をされますか？　　はい　・　いいえ

●女性の方へ

・現在妊娠していますか？　　はい　・　いいえ　・　わからない

・現在授乳していますか？　　はい　・　いいえ

●どのようにして当院をお知りになられましたか？（〇をつけて下さい。複数可。）

・通りすがり　・インターネット　・チラシ　・他の病院からの紹介

・家族からの紹介（　　）　・知人からの紹介（　　）

ご協力ありがとうございました。

NO.