

● ● ● 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		大・昭・平・令	年 月 日	歳
ご住所 〒			電話番号	
			自宅 ()	
			携帯 ()	
熱がある場合 °C		(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ください。(○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りましたか？(○をつけて下さい。複数可。)

- ・通りすがり ・インターネット ・職場の近く ・他の病院からの紹介
- ・チラシ ・家族からの紹介() ・知人からの紹介() ・駅案内板

ご協力ありがとうございました。

NO. _____