

問 診 票

氏名	フリガナ	性別	男・女	生年 月日	大正	年	月	日	
					昭和				()
住所 〒	-	都道	市区	府県	町村				
電話番号	自宅	-	-	携帯番号	-	-			
職業									
身長	c m		体重	k g		体温	°C		

- 本日はどのような症状、あるいは目的で来られましたか？
(胸が苦しい、動悸がする、熱が出た、検査を受けたい、相談したい…など)
- その症状はいつ頃からですか？
- 現在、治療中の病気はありますか？
いいえ ・ はい (病名)
- 現在、服用中の薬はありますか？ お薬手帳があればお見せください。
いいえ ・ はい(お薬名)
- 今までに合わない薬のアレルギーはありますか？
いいえ ・ はい ()
- タバコは吸いますか？
いいえ ・ はい ・ 以前吸っていた 1日に () 本くらいを () 年間
- お酒は飲みますか？
いいえ ・ はい 1日に () を () 合くらい
女性の方に伺います
- 現在、妊娠されていますか？ いいえ ・ わからない ・ はい (週目)
- 現在、授乳中ですか？ いいえ ・ はい
- 当院を受診されたきっかけ
近いから ・ 家族、知人の紹介 ・ ホームページ ・ その他 (名称)
ご協力ありがとうございました。個人情報診療業務以外の目的で使用することは一切ございません。