

問診票

診察券番号	生年月日 大正・昭和・平成	性別
ふりがな	年 月 日生 歳	男・女
氏名	ご職業	
住所 〒		
TEL (自宅) — —	(携帯電話) — —	
○ 身長 cm	○ 体重 kg	○ 体温 °C

① どのような症状でご来院されましたか。 以下より選んで○で囲んでください。

発熱 頭痛 めまい のどが痛い 鼻水 たん 息苦しい 動悸 胸痛 吐き気 嘔吐 腹痛
下痢 便秘 食欲不振 腰痛 排尿異常 倦怠感 関節痛 かゆみ 発疹 不眠 花粉症
検診で異常を指摘された その他 ()

その症状はいつからありますか

(分かる範囲で具体的に)

② 今までにかかった、あるいは現在かかっている病気はありますか。

()

③ 現在、服用している薬はありますか。 (ある ・ ない)

④ アレルギーがありますか。

薬物 ()、食物 ()

⑤ タバコを吸いますか。

1. 吸う (歳から、1日 本)

2. 吸っていた (歳から 歳まで)

3. 吸わない

⑥ お酒は飲みますか。

1. 飲む (何を 、酒量は / 日)

2. 飲まない

⑦ 女性の方のみお答えください。

現在、妊娠中ですか。 (はい ・ いいえ ・ わからない)

現在、授乳中ですか。 (はい ・ いいえ)

⑧ 当院ご来院のきっかけを教えてください。

ご自宅の近所 知人の紹介 通りがかりに知った 看板 広告 他院からの紹介 ホームページ
その他 ()

※この問診票を、ご本人の同意なく、第三者に開示することは一切ありません。