

問 診 票

受診日 年 月 日

フリガナ			
氏 名	男・女	生年月日	大・昭・平 年 月 日
住 所	(〒 - )		☎ - -
	e-mail		

※この問診票は個人情報保護法に基づき厳重に管理いたします。

■ 本日はいつ頃からどのような症状で診察に来られましたか？

当てはまるものについて○をしてください

( )ヶ月前～ ・ ( )週間前～ ・ ( )日前～

( 昨日 ・ 今日 ) の ( 朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 夜 ) ごろ～

熱っぽい ・ 熱がある ・ のどが痛い ・ 咳 ・ 痰 ・ 鼻水 ・ 鼻がつまる ・ 頭痛  
 腹痛 ・ 下痢 ・ 嘔気 ・ 嘔吐 ・ だるい ・ 食欲低下 ・ 胸焼け ・ 胸痛 ・ 肩こり  
 腰痛 ・ 関節痛 ・ 筋肉痛 ・ じんましん ・ その他 ( )

■ これまでに大きな病気で治療や手術を受けられたことがありますか？ はい ・ いいえ  
 病名 ( )

■ 現在他の病院で何か治療を受けていますか？ はい ・ いいえ  
 病名 ( )

■ 現在飲まれているお薬がありますか？ はい ・ いいえ  
 お薬名 ( )

■ 薬や食べ物のアレルギーがありますか？ はい ・ いいえ  
 内容 ( )

■ たばこは吸われますか？ はい (1日\_\_\_\_本くらい) ・ 吸っていたがやめた ・ いいえ

■ お酒は飲まれますか？ はい (毎日 ・ 週\_\_\_\_日程度 ・ 時々飲む程度) ・ いいえ

■ 女性の方へ ※該当するものに○をつけてください

・ 現在妊娠中である (妊娠第\_\_\_\_週) ・ 授乳中 ・ 妊娠の可能性がある ・ 妊娠していない

■ どちらで当院をお知りになりましたか？

ネットで検索  友人、知人の紹介 ( )  現在当院通院中  
 職場・自宅が近所なので  以前受診したことがある  その他 ( )

■ 医師の希望がありますか？ はい (忠博 Dr ・ 英博 Dr) 特になし