

ID: _____

年 月 日

問診票

体温(°C)

フリガナ			性別	男 · 女		
お名前						
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	年齢	才
住所	〒		電話	()		

1. 本日来院の目的は何ですか？該当するものに□を入れてください

自覚症状がある

いつから：

症状：

今回の症状で他院を受診した (いいえ・はい)

検査内容：

薬：

症状を改善させる薬が欲しい (いいえ・はい)

症状の原因を知りたい (いいえ・はい)

健康診断で異常を指摘されたから他院へ通院しているが、他の医師の意見も聞きたいから他院からの紹介状を持っている予防接種 ()その他

2. 今までにかかった、又は現在治療中の病気はありますか？ない・ある

高血圧 · 高脂血症 · 糖尿病 · 痛風 · 心疾患 · 脳出血 · 脳梗塞

()

引き続き裏面へのご記入をお願いします→

3. 現在飲まれているお薬や市販薬、サプリメントなどはありますか？

ない・ある（ ）

* お薬手帳・薬剤情報提供書などをお持ちの方はお見せください

4. 喫煙

元々吸わない

現在吸う（ ）才～1日（ ）本

以前は吸っていた（ ）才まで 1日（ ）本

5. 飲酒

飲む頻度（飲まない・月1～2回・週回・ほぼ毎日）

お酒の種類（ ） 1回に飲む量（ ）

6. お薬や食物などでアレルギーが出たことはありますか？ ある・ない
どのようなものですか？ 薬・食べ物（ ）

7. 血のつながっている人で、以下の病気にかかった、
もしくは治療中のはいますか？

糖尿病・高血圧症・脳卒中・心臓病・腎臓病・結核・
がん（ ）

8. (女性の方のみ) 妊娠の可能性はありますか？ (いいえ・はい)
現在妊娠中もしくは授乳中ですか？ (いいえ・はい)

9. その他、医師に伝えておきたいことがあれば、お書きください

10. 誰と一緒に来院されましたか？（ ）

☆ 当院をお知りになったきっかけ

家族から聞いた（ 様が通院しているから）・
知人（ 様から聞いて）・他の医療機関から聞いて・
近所・通りがかり・看板・インターネット・その他（ ）

ご協力ありがとうございました。受付へご提出ください。

個人情報保護法に基づき、当院での診療目的以外には利用しません。