

問診票

受診日 年 月 日

氏名（ふりがな） 男・女

生年月日 T S H 年 月 日 () 歳

住所 〒

電話番号

① 本日はどのような症状で来院されましたか？それは、いつ頃からですか？

② 現在、治療中の病気と投薬はありますか？

病名 () 病院名 ()

投薬内容 ()

(お薬手帳がありましたら、見せてください)

③ これまでにご自身がかかった病気を教えてください。

()

④ 薬や食物アレルギーはありますか？

()

⑤ 喫煙されますか？または、以前喫煙していましたか？

はい いいえ (1日 本 × 年間)

禁煙した方 (歳で禁煙、以前は1日 本 × 年間)

⑥ 飲酒されますか？

はい いいえ (付き合い程度、週3回程度、ほぼ毎日)

⑦ 血縁関係のある身内に糖尿病、高血圧、脂質異常症、心筋梗塞、脳卒中、癌などの方はいらっしゃいますか？(例：父 高血圧、兄 白血病)

⑧ 女性の方に伺います。

妊娠の可能性ある 妊娠中(現在 週目) 授乳中

⑨ 来院されたきっかけは？

知人・家族からの紹介 ()

他院からの紹介 ()

ホームページ 通りがかり 近所 以前に来ていた

⑩ 特に伝えたいことがあれば、お書きください。