

問 診 票

(わかる範囲でお答えください)

年 月 日

ふ り が な 氏 名	
住 所	〒□□□□-□□□□
生 年 月 日	(明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平) 年 月 日 (才) 男 ・ 女
T E L	[自宅] [携帯]

①いつ頃から、どのような症状でしたか？ (体温) _____ °C いつ頃から: どのような症状ですか？
②現在他の医療機関にかかっていますか？ (はい ・ いいえ) 『はい』の方・・・病名() 病院・医院名()
③常用しているお薬はありますか？(はい ・ いいえ) 『はい』の方・・・お薬名()
④過去に大きな病気で入院や治療を受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ) 『はい』の方・・・(才頃)、病 名()
⑥アレルギーはありますか？ 食べ物 (はい ・ いいえ) _____ 薬 剤 (はい ・ いいえ) _____
⑦嗜好品についてお答えください。 酒 : 飲む(1日 本) ・ ときどき ・ 飲まない たばこ : 吸う(1日 本) ・ 吸わない ・ 以前吸っていた
⑤女性の方のみお答えください。 妊娠中ですか？(はい ・ いいえ ・ 可能性あり) 授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

当診察所を、どのようにしてお知りになりましたか(○を付けて下さい)

1、知人より聞いた 2、他の医療機関よりの紹介 3、通りがかり 4、その他()