



# 問診票

診察券番号： \_\_\_\_\_

記入日 年 月 日

フリガナ			生年月日	M T S H	年	月	日	
お名前			性別	男 ・ 女	年齢	歳		
ご住所	〒 -							
電話番号	- -		体温：	℃	身長：	cm	体重：	kg

- 今日はどうなさいましたか？(いつ頃からどのような症状ですか)

( ) から ( )

- お薬や食物のアレルギーはありますか？

なし       あり

お薬名 ( )

食物名 ( )

- 女性の方へ(男性の方は記入不要です)

現在妊娠されていますか？

いいえ       はい (      ヶ月)       可能性あり

授乳中       不妊治療中

- 今までにかかった病気や現在治療中の傷病はありますか？(手術を含みます)

なし       あり(具体的にお書きください)

( )

- 現在服用中のお薬はありますか？

なし       あり(具体的にお書きください)

( )

- ご自身の親・兄弟・祖父母の中で次のような病気の方はいますか？(○で囲んでください)

① 高血圧      ② 糖尿病      ③ 脳卒中      ④ 肝臓病

⑤ 腎臓病      ⑥ 甲状腺      ⑦ 心臓病      ⑧ がん ( がんの種類 )

⑨ その他 ( )

- 嗜好品についてお書きください

・ 飲酒       飲まない

飲む (頻度      回/週)

(1回の酒量      ビール:      ℓ      焼酎:      杯      ワイン:      杯)

・ 喫煙       吸わない

以前吸っていたがやめた (禁煙歴      年)

吸う (      本/日)

★ご協力ありがとうございました。

病状の緊急性や他の患者さんの診察時間などのため、予定時間通りに診療できないことや診察開始時間が前後することがあります。あらかじめご了承ください。