

問診票

日付 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	(大正・昭和・平成) 西暦 年 月 日
氏名				
住所	〒 _____ - _____ 市 区			
ご連絡先	【携帯】 _____ - _____ 【自宅】 _____ - _____			
	緊急時*にお電話させていただく場合があります。ご協力お願いします。			
	【緊急連絡先】 氏名 _____ 続柄 () _____ - _____			
※緊急時…来院中の急変、検査結果の緊急異常値、処方箋の変更・追加がある場合、ご本人と連絡がつかない場合等				

▶お困りのことは何でしょうか？（いつ頃からどんな症状が現れたか等）

▶そのことで他院へ受診されましたか？ ・いいえ

病院名 _____ 病名 _____

お薬名（お薬手帳 → あり／なし） _____

▶現在治療中の病気はありますか？ ・なし

・高血圧 ・心臓病 ・脳梗塞 ・糖尿病 ・高脂血症 ・肝臓病 ・腎臓病 ・胃潰瘍 ・その他

お薬手帳 あり／なし	病名 _____	病院名 _____	(投薬中・経過観察中)
	病名 _____	病院名 _____	(投薬中・経過観察中)
	病名 _____	病院名 _____	(投薬中・経過観察中)

▶過去に通院や入院したことがある病気や手術歴等がありますか？ ・なし

病名 _____ (_____ 歳頃) 病名 _____ (_____ 歳頃)

病名 _____ (_____ 歳頃) 病名 _____ (_____ 歳頃)

▶お薬や食べ物で発疹・ショック等のアレルギーを起こしたことはありますか？ ・なし

原因 _____ 症状 _____

▶女性の方 妊娠中 (妊娠 週目) 授乳中 (ヶ月) 妊娠の可能性あり いずれでもない

▶飲酒・たばこ（電子たばこを含む）について

お酒 _____ ・飲まない _____ ・時々 _____ ・ほぼ毎日 _____ ・毎日 _____

たばこ _____ ・吸わない _____ ・吸う (1日 _____ 本) _____ ・禁煙中 (_____ 年 _____ ヶ月)

▶家族に次のような病気の方がいれば○をつけてください → 高血圧／糖尿病／高脂血症

▶当クリニックをどこでお知りになりましたか？(複数回答可)

以前通院 → 診察券をお出してください 家族が通院 駅看板 ホームページ インターネット

紹介 (_____) その他 (_____)