

① 令 年 月 日

# 問診票

# ID \_\_\_\_\_

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ ( 男 ・ 女 ) ( ) 歳

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

住所 (〒 - ) 電話 \_\_\_\_\_

携帯 \_\_\_\_\_

○中学生までの方は**体重**を記入してください 体重 ( ) kg

○**発熱**している方は記入してください 体温 ( ) °C

○ 今日はどうされましたか？

◎いつから ( )

◎どのような症状 ( )

◎今回の症状で他の医療機関を受診しましたか？ ( はい ・ いいえ )

医療機関名・治療内容 [ ]

○ お薬や注射、食べ物のアレルギーはありますか？ ( はい ・ いいえ )

『はい』の方 薬剤名・食べ物の名前を記入してください [ ]

○ 今までに、かかったことのある、又は現在治療中の病気はありますか？

糖尿病 ぜんそく 高血圧 心臓病 胃炎 胃潰瘍・十二指腸潰瘍

脳梗塞 肝炎 緑内障

その他 大きな病気にかかったことがある方は病名を記入してください [ ]

○ 現在、服用中（使用）しているお薬はありますか？ ( はい ・ いいえ )

『はい』の方 薬剤名を記入してください [ ]

○ タバコは吸いますか？ 吸わない 吸う (1日 本くらい)

○ 女性の方にお聞きします

妊娠中・又は妊娠の可能性はありますか？ ( はい・いいえ ) 授乳中ですか？ ( はい・いいえ )

● 当院は何でお知りになりましたか？

他の医療機関からの紹介で 知人の紹介 インターネット 前を通りかかって 道路看板

チラシ 電話帳 新聞広告 家族が受診した その他 ( )

● 診療に関して希望事項ありましたらお書きください ( )