

問 診 票

フリガナ		性 別	男・女	ID:	
名 前		生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日 (歳)	
住所	(〒 -)				
連絡先	【携帯】	-	-	【自宅】	-
勤務先 (任意)					

(体温) °C

【今日はどうされましたか？】 具体的に症状をお書きください(例：鼻水、頭痛、血圧が高い、など)

【既往歴】 今までかかったことのある病気、怪我、手術歴、現在治療中の病気はありますか？
現在治療中の方は投薬の詳細もご記入ください。 (例：高血圧、糖尿病、胃潰瘍など)

※【女性の方へ伺います】 現在妊娠中または、妊娠の可能性、授乳されていますか？

はい/いいえ

『はい』とお答えの方は該当するものに○をつけて下さい。

・妊娠の可能性あり ・妊娠中(妊娠 週目) ・授乳中(生後 ヶ月)

【アレルギーについて】 ※飲み薬や注射で副作用(薬疹など) 出たことありますか？

ない/ある (薬の種類や名前、副作用の症状を記入)

【飲酒・喫煙歴について】

喫煙 しない / する(1日に 本・ 年間位) / 禁煙した(喫煙当時1日に 本： 年間位喫煙)
飲酒 しない / する(週に 回位 1回あたりの飲酒量(ビール・日本酒・焼酎・ワイン・ウィスキー) 本or杯位)

【便通・排尿について】

便通 下痢気味 / 軟便 / 普通 / 便秘気味()日に1回
排尿 回数が少ない/ 普通 / 出にくい / 回数が多い / 夜間に何回も出る/排尿時の痛み/血尿

【睡眠について】

起きるのが辛い / 普通 / 寝つきが悪い / 睡眠中に何回も起きる / よく夢をみる

【当院を何でお知りになりましたか？】 初診の方のみご記入ください。

ホームページ / ご紹介(親族・会社・知人・他医療機関)