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	（〒　　ー　　）			
連絡先	【携帯】　　ー　　ー		【自宅】　　ー　　ー	
勤務先（任意）				

（体温）　　℃

【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〇をつけて下さい。
・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　）