

問診票（はじめて受診される方）

記入日 令和 年 月 日

ふりがな

お名前 _____（男・女）

生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日（ 歳）

ご住所（〒 - ）

お電話番号 - - 携帯番号（緊急連絡先） - -

体温 _____℃, 体重 _____kg

1. 今日は主にどのような症状（あるいは目的）で来院されましたか
〔 _____ 〕
2. その症状はいつ頃から始まりましたか
〔 _____ 〕
3. ご家族に同様の症状の方はおられますか
〔 _____ 〕
4. 他に、気になる症状・伝えておきたい事はありますか
〔 _____ 〕
5. 現在使用しているお薬はありますか（はい・いいえ）
〔 そのお薬の名称： _____ 〕
6. お薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか（はい・いいえ）
〔 そのお薬・食べ物の名称： _____ 〕
7. 今までに大きな病気にかかったことがありますか（はい・いいえ）
〔 その病名： _____ 〕
8. 血縁の方に 以下のような病気の方はおられますか
高血圧・糖尿病・脂質異常・心臓病・脳卒中・がん・その他（ _____ ）
9. 現在授乳や妊娠をしていますか。又は妊娠の可能性ありますか（はい・いいえ）
10. 当院をどこで知りましたか
インターネット・知り合いから聞いた・近所・他の医療機関からの紹介・その他（ _____ ）