

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 _____

ご本人以外の緊急連絡先 続き柄（ _____）

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. 現在治療中の病気または過去にかかった病気はありますか（ はい ・ いいえ ）
〔 はいの場合： 高血圧・糖尿病・脂質異常・心臓病・脳卒中・がん・その他（ _____ ） 〕
5. 現在使用しているお薬はありますか（ はい ・ いいえ ）
〔 そのお薬の名前： _____ 〕
6. お薬や食べ物でアレルギーが出たことはありますか（ はい ・ いいえ ）
〔 そのお薬・食べ物の名前： _____ 〕
7. 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（ _____ ）
8. 現在授乳や妊娠をしていますか。又は妊娠の可能性がありますか（ はい ・ いいえ ）
9. 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（ _____ ）