

問診票

記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日
氏名	様 男・女	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
住所	〒 ー	
TEL☎	()	携帯 ー ー

■本日はどうなさいましたか？具体的にお書きください。

■いつ頃からですか？

■上記の症状で他の病院を受診したことがありますか？

はい ・ いいえ 病院名 ()

■今までに大きな病気、手術、外傷などをしましたか？

はい ・ いいえ () 歳頃：病名 ()

■過去または現在で当てはまるものがあれば○をつけてください。

高血圧 糖尿病 高脂血症 脳梗塞 心臓病 腎臓病 肝炎
緑内障 結核 前立腺肥大 癌 ぜんそく

その他の病名 ()

■服用中の薬はありますか？

はい ・ いいえ (薬品名：)

■今までアレルギー（薬や食べ物）・特異体質といわれたことがありますか？

はい ・ いいえ (何のアレルギーですか？)

■飲み薬、注射薬で具合が悪くなったことはありますか？

はい ・ いいえ (薬品名：)

■タバコ 吸わない ・ 吸う (1日に 本、約 年)

■酒 飲まない ・ 飲む → 週 () 回、どれくらい？ ()

■女性の方にお聞きします。

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

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。