

問診票

受診日： 年 月 日

(フリガナ)

氏名：

性別：

生年月日： 大・昭・平・令

年 月 日

年齢：

才

〒

住所：

(電話番号：)

1. 受診した理由（現在の症状）をお知らせください。

2. いま治療中の病気、または過去に経験した病気はありますか？

いいえ ・ はい (病名： _____)

3. 手術を受けたことはありますか？

いいえ ・ はい (病名： _____)

4. 現在、服用中の薬はありますか？

いいえ ・ はい (薬の名前： _____)

5. 薬のアレルギーはありますか？

いいえ ・ はい (薬の名前： _____)

6. 食物のアレルギーはありますか？

いいえ ・ はい (食べ物の名前： _____)

7. お酒を飲みますか？ たばこを吸いますか？

<お酒> いいえ ・ はい (1日あたりの量： _____、週に _____ 回)

<たばこ> いいえ ・ はい (1日あたりの本数： _____ 本、吸い始めた年齢： _____ 歳)

8. 当院をどちらでお知りになりましたか？

インターネット ・ 通りがかりで看板を見た ・ 知人から聞いた

その他 (_____)

※ここからは女性の方のみご回答ください

9. 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？

<妊娠> いいえ ・ はい (妊娠 _____ 週) ・ 不明

<授乳> いいえ ・ はい