

問 診 票

フリガナ 氏名		生年月日 大・昭・平 年 月 日	年齢 歳	男・女
住所	〒		自宅 電話番号	
勤務先			携帯 電話番号	

来院時の体温(°C)

《今日はどうかさいましたか?》

()日前から 風邪症状 (鼻水、のどの痛み、せき、たん、頭痛) 発熱(°C)
胃痛 腹痛 下痢 便秘 嘔気

その他 ()

《最近の渡航歴》

・なし ・あり (渡航先)

《現在治療中の病気はありますか?》

・なし ・あり (病名)
(薬の名前)

《今までかかったことのある病気などありますか?》

・なし ・あり (病名)

《今までに薬で副作用を起こしたことがありますか?》

・なし ・あり ありの方のみ薬の名前()

《アレルギーはありますか?》

・なし ・あり アレルギーの種類 花粉・食物・その他()

《嗜好品について》

タバコ ・吸わない ・吸う (1日 本)

アルコール ・飲まない ・飲む (種類)

(1日量 ml 本 杯 合)

《女性の方へ》

現在妊娠していますか? ・なし ・あり (妊娠 ヲ月)

《当院を受診したきっかけをお教えてください》

1. 近くを通過して(以前から知っていた)

2. 広告・看板を見て

3. 書籍等を見て (ホームドクター その他)

4. ホームページを見て

5. 家族、友人がかかっている(差支えなければどなたですか)