

問 診 票

受診日 年 月 日

ふりがな 明・大・昭・平  
 お名前 様 年 月 日 ( 才) 男・女

(〒 - )  
 ご住所

ご連絡先  
 ・自宅 ( ) -  
 ・携帯 ( ) - ・E-mail @

身長 cm 体重 kg 本日の体温 °C

下記の項目について記入もしくは○で囲んでください。

◇ どんな症状で、ご来院されましたか					
・それはいつ頃からですか	約 ( ) 日	・ 週間	・ カ月	・ 年	前から
◇ いままでに薬や注射などで副作用がおきたことがありますか	ない	ある	(内 容 :		
◇ 過去に、大きな病気・けが・輸血をしたことがありますか	ない	ある	(病名、時期 : )		
◇ 現在、通院中の病院等がありますか	ない	ある	(科 名 : )		
・服用中の薬はありますか	ない	ある	(薬剤名 : )		
◇ 親戚で右記の病気の方がいらっしゃいますか	糖尿病	高血圧	脳卒中	喘息	高脂血症
	心臓病	肝臓病	リウマチ	癌	
◇ [ 女性の方にうかがいます ]	・妊娠していますか		いいえ	はい	
	・現在授乳中ですか		いいえ	はい	
◇ 何を見てご来院いただけましたか	チラシ	駅	郵便局	インターネット	
	電 柱	バ ス	紹 介	その他 ( )	