

問診票

ふりがな								
氏名	_____	受診日	_____	年	_____	月	_____	日	_____
生年月日	大・昭・平	年	_____	月	_____	日生	年齢	_____	歳（男・女）
住所	_____								
電話番号	_____	緊急連絡先	_____	続柄	_____				

- 1) 本日はどのような症状で来院されましたか？ その症状はいつ頃から出ましたか？
【体温： _____℃】
- 2) この症状で他院を受診されましたか？
受診していない ・ 受診した
受診日 _____ 病院名 _____ 病名 _____
- 3) 現在、他院で治療中の病気はありますか？ また処方されている薬はありますか？
ない ・ ある
病名 _____ 薬の名前 _____
- 4) 今までに入院、または入院・手術に関わるような治療を受けたことがありますか？
ない ・ ある
いつ頃 _____ 病名 _____
いつ頃 _____ 病名 _____
- 5) 薬のアレルギーや、体に合わない薬がありますか？ それはどのような薬ですか？
ない ・ ある
薬の名前 _____
- 6) タバコを吸いますか？ いいえ ・ はい（1日 _____ 本）
- 7) お酒を飲みますか？ いいえ ・ はい（1回に飲む量 _____ , 頻度 週・月 _____ 回）
- 8) 女性におたずねします。
妊娠中ですか？ いいえ ・ はい（現在 _____ 週目） ・ わからない
授乳中ですか？ いいえ ・ はい
- 9) 当院をお知りになった理由を教えてください。（該当する項目があれば○で囲んで下さい）
家族・知人の紹介（紹介者 _____ 様） 通りがかり 看板
回覧板 インターネット（ ホームページ ・ 医療検索サイト ）
雑誌・フリーペーパー その他（ _____ ）
- 10) ご自身のお体で特に伝えたい事がありましたらお書き下さい。