

問 診 票

ふりがな
お名前

男・女

生年月日 T・S・H 年 月 日 (才)

住所 〒

Tel 身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ °C

携帯 _____ (外出時等連絡がとれますようにご記入お願いします)

I) 今日はどうされましたか？ (いつからどのような症状があるか教えてください)

II) 今までかかったことのあるご病気があれば教えてください

III) 今、服用しているお薬があれば教えてください (お薬の用紙があればご持参ください)

IV) お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

はい (_____) いいえ

IV) ご家族の中で、高血圧・糖尿病・がん・脳こうそく・心筋こうそくなどの方は
いらっしゃいますか？

はい (誰が： _____ 病名： _____) いいえ

V) アルコールは飲まれますか？ はい いいえ

「はい」の場合；何を飲まれますか？ _____ 本/日× _____ 年間

VI) タバコを吸われますか？ はい いいえ

「はい」の場合；1日何本吸われますか？ _____ 本/日× _____ 年間

VII) 女性の方のみ

妊娠されていますか？ はい いいえ 可能性あり

授乳されていますか？ はい いいえ

VIII) お薬についてお伺い致します。できれば処方を受けてほしい(苦手な)お薬はありますか？

漢方薬 粉薬 水薬 カプセル 特になし

IX) 当クリニックを何でお知りになりましたか？

インターネット・HPで ご家族・ご友人より 通りすがり

駅広告で (駅名： _____ 駅) かかりつけの先生から紹介 (医院名： _____)

その他 (_____)

ありがとうございました。ご記入されました個人情報に関しましては、当クリニックでの診療以外には使用いたしません。

なお、匿名での対応をご希望の方は受付までお申し出ください。

