

問診票

記入日 年 月 日

ふりがな 氏名	性別 男 女	生年月日 T・S・H・R 年 月 日
住所 〒	体温 °C	
電話番号 携帯	自宅	

おわかりになる範囲でけっこうですので、以下の質問にお答えください。

- 今日はどうなさいましたか 現在ある症状などに○をしてください。
寒気 体がだるい 熱 頭痛 関節痛 喉の痛み 鼻水 せき たん 胃痛
腹痛 めまい 血便 血尿 どうき 胸の痛み 息苦しさ むくみ
はきけ おうと 下痢 便秘 検査で異常値 健康診断 ワクチン
その他 ()

- 現在通院している病院やクリニックはありますか ない・ある
●現在飲んでいる薬やサプリメントはありますか ない・ある
※ある場合はお薬手帳や投薬袋などわかるものをお出してください
●今までに大きな病気をしたことはありますか ない・ある
●薬や食べ物のアレルギーはありますか ない・ある
具体的内容 ()

●タバコは吸いますか 吸わない 吸う (1日 本)

●お酒は飲みますか 飲まない 飲む (週 日)

- 女性の方にお尋ねします
妊娠している可能性はありますか いいえ・はい
授乳していますか いいえ・はい

- 当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？ (複数可)
ホームページ 知人 広告 (駅/電柱) 他医療機関からの紹介
通りかかった その他 ()

ご協力ありがとうございました。個人情報は厳守いたしますのでご安心ください。