問　診　票

ふりがな 御名前	男 ・ 女
御住所　〒 TEL　　－　　－　　//　携帯番号　　－　　－	
生年月日　大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和　　年　　月　　日生　//　年齢　　歳	

◆ 身長　　ｃｍ　体重　　ｋｇ　体温　　℃

◆ どのような症状で来院されましたか？
□発熱　□咳　□痰　□のどの痛み　□鼻水　□頭痛　□胃痛　□腹痛
□便秘　□下痢　□嘔吐　□倦怠感　□胸痛　□息切れ　□動悸　□めまい
□頻尿　□むくみ　□関節痛　□体重減少　□発疹　□しびれ　□その他（　　）

◆ いつからですか？
□本日から　□昨日から　□____日前から　□_____週間前から　□その他（　　）

◆ 今までにかかったあるいは、現在かかっている病気を教えてください
□特になし □糖尿病　□高血圧　□高脂血症　□癌　□脳卒中（脳梗塞）
□心筋梗塞 □狭心症　□胃潰瘍　□気管支喘息 □前立腺肥大 □その他（　　）

◆ 他の病院にかかっていますか？　□いいえ　□はい（病院名：　　）

◆ 他に服用しているお薬がありますか？　□いいえ　□はい（薬品名：　　）
※お薬手帳をお持ちの方は提出してください

◆ 家族（血族）の方で病気の既往があれば教えて下さい
□特になし □糖尿病　□高血圧　□高脂血症　□気管支喘息 □脳梗塞
□心筋梗塞 □狭心症　□癌　□その他（　　）

◆ アレルギーがありますか？
□特になし □薬物（　　）　□花粉（　　）
□食物（　　）　□その他（　　）

◆ たばこ　□吸う　（１日_____本・喫煙年数_____年）　□吸わない
□現在は吸わないが、過去に吸っていた

◆ アルコール　□毎日　《日本酒　１日_____合》　《ビール　１日_____本》
□時々　□飲まない

◆ 【女性の方】　妊娠の可能性はありますか？　□はい（　　ヶ月）　□いいえ

◆ 当クリニックを何でお知りになりましたか？
□知人の紹介（紹介者：　　）　□近所　□ホームページ　□看板
□その他（　　）

◆ 医療費明細書は必要ですか？　□必要　□不必要

◆ その他何かあればご記入ください
〔　　〕

※この問診票は診療目的にのみ使用します。また、本人の同意なく第三者には開示いたしません。