

問 診 票

(診療申込書)

平成 年 月 日

フリガナ				男・女	生 年 月 日	明・大 昭・平	年	月	日	才
お 名 前										
ご 住 所	〒			連絡先	自宅 () - - 携帯 () - -					
身 長	cm	体 重	kg	体 温	°C					

※問診票の個人情報につきましては当院での診察目的以外には使用致しません

- ① いつからどのような症状でお困りでしょうか？
- ② いま治療中もしくは過去にかかったことのある病気を教えてください。
- ③ いま服用しているお薬があれば教えてください。(お薬手帳があればご提示ください)
- ④ お薬や食べ物でアレルギーはありますか？
 はい () いいえ
- ⑤ アルコールは飲まれますか？ 飲まない
 付き合いで飲む程度 (回 / 月) よく飲む (回 / 週)
(ビール ml / 回、日本酒 合 / 回、焼酎 ml / 回、その他)
- ⑥ タバコは吸われますか？
 いいえ
 喫煙中 (本 / 日 × 年間)
 禁煙した (才)
- ⑦ ご家族・ご親族の中で高血圧・糖尿病・がん・脳梗塞・心筋梗塞・肝臓病の方はいらっしゃいますか？"
 いいえ
 はい (どなたが： 病名：)
- ⑧ 女性の方で妊娠の可能性や、授乳中の方はお知らせください。
妊娠の可能性 あり なし 現在妊娠中 (週)
- ☆ 当院をどのようにして知りましたか？
家族 ・ 知人 ・ 近所 ・ 電話帳 ・ ホームページ ・ 看板
通りすがり ・ かかりつけ医の紹介 ・ その他 ()

ご記入ありがとうございました。

