

問診票

令和 年 月 日

フリガナ		性別	男性・女性
お名前			
生年月日	大・昭・平 年 月 日	年齢	歳
住所	〒	電話番号	— —

1. 今日は何のような症状で受診されましたか？

症状 ()

いつから ()

2. 今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？ ある・ない

高血圧・高脂血症・糖尿病・狭心症/心筋梗塞・腎臓病・その他 ()

3. 今までに手術を受けた経験がありますか？ ある・ない

病名： 時期： 歳頃

4. 現在内服している薬はありますか？ ある・ない

薬剤名： _____

5. お薬や食物などでアレルギーが症状がでたり、気分が悪くなったことがありますか？

ある・ない どのようなものですか？ ()

6. 日常生活についてお答え下さい。

たばこについて 吸わない 吸っていた 吸っている

1日に () 本) 程度

お酒について 飲まない 毎日 週 () 日

お酒の種類： _____ 量

7. 女性の方のみお答え下さい。

現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？ はい・いいえ

ご記入ありがとうございました。お手数ですが受付スタッフにお渡し下さい。