

問診票

ID _____

記入日 年 月 日

診療の参考にさせていただきますので、お手数ですがご記入をお願いします。

なお、ご記入いただいた内容は、診療の目的にのみ使用いたします。

フリガナ	男 女	体温	℃
お名前			

◆本日はどうされましたか？いつから、どんな症状ですか？

[

]

◆今までに大きな病気・けが・手術などをしたことがありますか？

____ 歳 ()
____ 歳 () 他 ()

◆現在治療中の病気はありますか？○をつけてください。

高血圧 糖尿病 脂質代謝異常症 心臓病
喘息 アレルギー () 他 ()

◆現在飲んでいるお薬があればお書きください。

[

]

◆食べ物や、お薬等で具合が悪くなったことがありますか？

ある () ・ ない

◆女性の方にうかがいます。現在妊娠中ですか？

はい (妊娠 週) ・ いいえ ・ 分からない

授乳されていますか？ はい ・ いいえ

ありがとうございました。受付にお渡してください。

