

問診票

スタッフ記載欄

ID: _____

フリガナ

お名前:

生年月日

明・大・昭・平・令 年 月 日

ご住所 〒 _____

電話番号(自宅)

電話番号(携帯)

①本日はどのようなことで受診されましたか？

いつから

どのような症状で

②現在通院中の病院はございますか？

ない

ある 通院先() 病名()

③現在内服中の薬はございますか？

ない

ある 薬手帳を持参している 薬手帳を持参していない()

④過去に入院・手術を受けたことはありますか？

ない

ある ()歳頃 病名()

⑤アレルギーはありますか？

ない

ある()

⑥血縁関係の方で、以下の病気の方はいらっしゃいますか？

糖尿病 ・ 高血圧 ・ 高脂血症 ・ 心臓病 ・ 脳卒中 ・ 腎臓病 ・ がん

⑦喫煙・飲酒はなさいますか？

いいえ

はい タバコ 1日()本×()年

ビール・焼酎 を ()缶/本/合×()日/週
日本酒・ワイン

⑧(女性の方へ)現在、妊娠・授乳中ですか？

いいえ

はい

⑨現在の身長と体重を教えてください

身長()cm

体重()kg

⑩当クリニックをどのように知りましたか？

インターネット ・ 看板 ・ 紹介 ・ その他()

