

問診票

年 月 日

フリガナ _____ 男 生年月日 昭和・平成・令和 _____ 年

氏名 _____ 女 (西暦 _____ 年) _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

住所 〒 _____

電話番号

ご自宅: _____ (_____) ※未成年: 保護者氏名

携 帯: _____ (_____) _____

※小学生以下

体重 _____ kg

診療目的	◇どんな症状でご来院されましたか？	本日の体温 ℃
	◇それはいつからですか (_____ ヶ月前 _____ 週前 _____ 日前)	
既往歴・服薬	◇今までに大きな病気にかかったことがありますか？ なし あり (_____)	
	◇現在、通院中の病気などはありますか？ なし あり (病名 _____)	
	◇服用中の薬はありますか？ なし ある (薬剤名 _____)	
ギアレル	◇今までに薬や食べ物等でアレルギー症状(発疹・気分不快)を起こしたりアレルギー体質・特異体質と言われたことがありますか？ なし あり (薬 _____ 食べ物 _____ その他 _____)	
嗜好品	◇タバコは吸いますか？ いいえ ・ はい (_____ 本/日 _____ 年) やめた (以前吸っていた本数 _____ 本/日 _____ 年 間)	
	◇お酒は飲みますか？ いいえ ・ はい (1日量: _____)	
女性	◆現在、妊娠されていますか？ いいえ はい (_____ 週目)	
	◆現在、授乳中ですか？ いいえ はい	

★当クリニックを何でお知りになりましたか？(○で囲んでください)

近くに住んでいる 通勤・通学路 通りかかった ホームページ □□□

インターネット 書籍 他院からの紹介

知人の紹介 _____ 家族が通院している