問診票

記入日　　年　　月　　日

ふりがな
氏　　名　　歳　　体温　　℃

生年月日　大・昭・平　　年　　月　　日

住所

電話

身長　　cm　体重　　kg　血圧　　/　　mmHg　脈拍　　/分

1)　本日はどのような症状で来院されましたか？　いつから

咳　・　痰　・　のどの痛み　・　鼻水　・　腹痛　・　下痢　・　吐き気　・　頭痛

その他の症状（　　）

2)　上記の症状で他の病院を受診されましたか？

・いいえ　・はい　→　病院（　　）

3)　現在治療中の病気はありますか？　はい　・　いいえ

病名

これまでに大きな病気にかかったことはありますか？

病名

4)　現在飲まれているお薬はありますか？　なし　・　あり

薬剤名

5)　薬や食物でアレルギーを起こしたことがありますか？

なし　・　あり（薬：　　食品：　　その他　　）

6)　たばこ：・吸わない　・過去に吸っていた　（　　歳～　　歳まで）

・現在も吸っている：　　本/日　（　　歳～）

7)　お酒：・飲まない　・飲む：毎日　・週（　）回　・時々　量　　合

種類（ビール　・焼酎　・日本酒　・ウイスキー　・その他）

8)　ご家族の方でがんや大きな病気をされた方はいますか？

誰：病名

9)　女性の方に　妊娠の可能性はありますか？　はい　・　いいえ

最終月経はいつですか？（　　月　　日　・　　日周期）

10)　当クリニックをどのような経緯で受診されましたか？

A) 知人の紹介　B)チラシ　C)ホームページ　D)看板　E)前を通って　F)ご近所

G)その他　（　　）