

# 問 診 票

年 月 日

フリガナ  
お名前 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 生年月日 大・昭 \_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_ 歳  
平・令 \_\_\_\_\_

ご住所(〒 \_\_\_\_\_ )

携帯 TEL \_\_\_\_\_

自宅 TEL \_\_\_\_\_

※小学生以下

※18歳未満の方

保護者氏名 \_\_\_\_\_

保護者 TEL \_\_\_\_\_

kg

①今日はどうかさいましたか？ 該当する症状にチェックしてください。(複数可)

現在の体温※発熱の方

1, 症状あり(いつ頃から発症されていますか？ \_\_\_\_\_ 日前)

℃

- 発熱    頭痛    のどの痛み    咳・たん    鼻水・鼻づまり    関節の痛み  
めまい    ふらつき    動悸    息苦しい    体がだるい    食欲がない    腹痛  
下痢    血便がある    吐き気    その他( \_\_\_\_\_ )

2, 症状なし ( \_\_\_\_\_ )

②現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？(複数可)

- 高血圧    糖尿病    脂質異常症    心疾患    不整脈    痛風    がん  
ぜんそく    脳出血/脳梗塞    その他( \_\_\_\_\_ )

③現在服用中のお薬はありますか？

※「あり」の方はお薬名をご記入ください

あり    なし

(お薬手帳をご持参の場合は記入は不要です)

④お薬のアレルギーはありますか？

※「あり」の方はお薬名または食べ物をご記入ください

あり    なし

⑤お酒は飲みますか？

⑥タバコは吸いますか？

※「飲む」の方はどれくらいの頻度と量を飲まれますか？ご記入ください

※「吸う」の方はどのくらいの量を吸われますか？ご記入ください

飲まない    飲む吸う    吸わない

⑦妊娠中ですか？ ※女性の方

⑧授乳中ですか？ ※女性の方

はい/何週目( \_\_\_\_\_ )    いいえはい    いいえ

⑨当クリニックを何でお知りになりましたか？

- 近くに住んでいる    通勤・通学路にある    HP(ホームページ)を見た    クチコミを見た/聞いた    他院から紹介  
書籍を見て/読んで知った    インターネットで検索した    ご家族が通院  
その他( \_\_\_\_\_ )

⑩※分かる範囲でご記入ください。

体重 \_\_\_\_\_ Kg    身長 \_\_\_\_\_ cm