

問診票（初めての方へ）

記入日： 月 日

下記の項目につきましては、ご本人または付き添いの方が記入してください。
ご記入頂いた個人情報は診察目的にのみ使用し、他の目的には一切使用いたしません。

フリガナ	生年月日 (大) (昭) (平) 年 月 日 / 満 () 歳
お名前	電話番号 ()
住所 〒	—

① どうされましたか？

- ① いつ頃から …………… ()
② どこが、どのような具合ですか？ …… ()

② 他の病院に通院・入院していたことがありますか？

- 外来 …… ない / ある (病院名： _____ 通院中)
- 入院 …… ない / ある (病院名： _____)
- 服用されているお薬すべて …… (_____)

③ 薬や食べ物で身体がかゆくなったり、気分が悪くなったことがありますか？ (アレルギー等)

- ない / ある (わかれば具体的に： _____)

④ 大きな病気にかかったことがありますか？

- ない / ある (かかったことがあるものに✓を付けてください)

- がん 脳卒中 高血圧症 糖尿病 高脂血症 心臓病
 腎臓病 肝臓病 胃腸の病気 目の病気 足腰の病気 肺や気管支の病気
 その他 (_____)

⑤ 手術を受けたことがありますか？

- ない / ある (わかれば具体的に： _____)

⑥ お酒は飲みますか？

- 飲まない (やめた時期： _____) / 飲む (頻度： _____)

⑦ たばこは吸いますか？

- 吸わない (やめた時期： _____) / 吸う (頻度： _____ 本 / 日)

⑧ 女性の方にお尋ねします。

- 妊娠されていますか？ …… いいえ / 可能性あり / はい (_____ カ月)
- 現在授乳中ですか？ …… いいえ / はい

⑨ 診察や治療についてご希望がございましたらお書きください。

(_____)

初めての方は診察に時間がかかる場合があるため、診察の順番が変わることがあります。あらかじめご了承ください。
お気づきの点がございましたらスタッフまでお気軽にお申し付けください。