

## 問診票

ふりがな		生年月日	明・大・昭・平・令	年 月 日
氏名		性別・年齢	男・女	( 歳)
住所	〒 -			
電話番号	自宅: ( )	携帯:	-	-

◇ 今日はどうなさいましたか？（具体的にお聞かせください）

・その症状はいつからですか？ 約 ( ) 日・週間・ヶ月・年 前から

◇ 今までに大きな病気をしたことはありますか？

ない・ある ( )

◇ 現在、治療を受けている病気はありますか？

ない・ある ( )

◇ 現在、飲んでいる薬はありますか？

ない・ある ( )

◇ 薬を飲んで具合が悪くなったことやアレルギーをおこしたことはありますか？

ない・ある（薬の名前: どうなった: )

◇ 女性の方へ

妊娠：不明・なし・あり ( 週または ヶ月)

授乳中：お子さんは 歳 ヶ月

◇ 喫煙：なし・あり ( 本/日 年間)

飲酒：なし・あり ( 杯、週 回)

◇ 当院を受診したきっかけは？（複数選択可）

ホームページ・知人や家族等の紹介・タウンページ・通りがかり・駅看板・電柱看板  
パンフレット・他院からの紹介・その他の広告・その他 ( )

