

# 問診票

ふりがな

名前 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 性別 男 ・ 女

郵便番号 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

自宅電話 \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_

●本日はどうされましたか？その症状はいつ頃からですか？

\_\_\_\_\_

●現在治療中の病気はありますか？

\_\_\_\_\_

●現在、お薬を飲んでいますか？ はい いいえ

ある方をご記入ください

\_\_\_\_\_

●アレルギー（薬・食べ物）はありますか？ ある ない

ある方をご記入ください

\_\_\_\_\_

●今まで大きな病気や手術をしたことがありますか？ ある・ない

病名 \_\_\_\_\_ 手術 \_\_\_\_\_

●嗜好品（アルコール類・タバコ）についてとっている方をご記入ください

お酒 \_\_\_\_\_ 合 ビール \_\_\_\_\_ ml タバコ \_\_\_\_\_ 本

●女性の方のみお答えください。

・妊娠されていますか？ はい いいえ わからない

・授乳中ですか？ はい いいえ

●当院を知ったきっかけは何ですか？

なし 近い（自宅） 近い（会社） 評判 ホームページ 電話帳  
紹介（ \_\_\_\_\_ 様より） その他 \_\_\_\_\_