

問 診 票

令和 年 月 日

ふりがな				性別	男 ・ 女
お名前					
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成	年	月	日	年齢
住 所	(〒 -)				
連絡先	自宅電話		携帯電話		
身 長		cm	体 重		kg
本日の体温		℃	ご職業		

① 当院をどちらでお知りになりましたか？

友人・知人 通りがかり 当院ホームページ 他院からの紹介 その他 ()

② 今回来院された手段を教えてください

徒歩 or 自転車 電車 バス 自家用車 タクシー その他 ()

③ 今日はどうされましたか？ (いつからどのような症状があるか教えてください)

④ 今までかかったことのあるご病気があれば教えてください

⑤ 手術を受けた事がある方のみお答えください

何の手術 () いつ頃 ()

⑥ 今、服用しているお薬があれば教えてください (お薬手帳があればご持参ください)

⑦ お薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？ はい () いいえ

⑧ お酒は飲めますか？ はい いいえ

「はい」の場合：何を飲めますか？ (_____ を _____ 年間)

⑨ タバコを吸われますか？ はい いいえ 止めた

「はい」の場合：1日何本吸われますか？ (1日 _____ 本 _____ 年間)

～女性の方のみお答えください～

・妊娠されていますか？ いいえ わからない はい (_____ 週目)

・授乳中ですか？ いいえ はい

ご協力ありがとうございました。ご記入されましたら受付にお渡しください。

なお、匿名での対応をご希望の方は受付までお申し出ください。