

# 問 診 票

令和 3年 月 日

ふりがな お名前				性別	男 ・ 女	
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成	年	月	日	年齢	歳
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 当院でコロナワクチン接種をした  
その他 ( )

\*当院の品質向上のために、後日アンケートにご協力いただけますか。( はい ・ いいえ )

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

(お薬手帳をお持ちでしたら記載せずにお薬手帳を受付へお渡してください。)

---

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 ときどき

「はい」の場合：何を飲めますか？ ( \_\_\_\_\_ を \_\_\_\_\_ (本・ml) 週に \_\_\_\_\_ 日)

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てください。