

問 診 票

年 月 日

フリガナ _____	男・女	生年月日	年	月	日
お名前		明・大			
住 所 _____		昭・平			(歳)
電 話 _____		携 帯 電 話 _____			

1、本日診察を希望される症状について (いつ頃から・どのような症状か) 教えてください

2、今までかかった病気について (いつ頃から・病名) 教えてください

例 高血圧 → 平成10年10月頃～(または、40歳～)

・ →
 ・ →
 ・ →
 ・ →

3、現在、病院から処方されている薬について教えてください

・
 ・
 ・

4、常用しているサプリメントや市販薬がありましたら教えてください

・
 ・

5、嗜好品について当てはまることに○をつけてください

・喫煙 ① 吸わない ② 吸う ③ 禁煙した

② ③の方へ 喫煙の期間と本数を教えてください 歳～ 歳まで 1日 本

・アルコール ① 飲まない ② 飲む

②の方へ 何をどのぐらいの頻度で飲まれますか ・毎日 ・週1回 ・月1回 ・つきあい程度

種類 ビール 本 日本酒 合 その他()

6、ご家族(実のご両親・ご兄弟・お子様)に下記の病気の方はいますか はい ・ いいえ

①高血圧 ②脳卒中 ③心疾患 ④糖尿病 ⑤肝臓病 ⑥結核 ⑦腎臓病 ⑧リウマチ

⑨膠原病 ⑩難病() ⑪がん 悪性腫瘍(部位) ⑫その他()

7、女性の方へ

・妊娠中ですか ① はい ② いいえ ・授乳中ですか ① はい ② いいえ

・妊娠の可能性はありますか ① はい ② いいえ

●当クリニックに来院されたきっかけを教えてください●

・知人、家族からの紹介 ・評判をきいて ・ホームページをみて ・広告をみて

・窓の掲示をみて ・看板をみて ・主治医からの紹介 ・その他()