

# ◇問診票◇

ID

受診日 年 月 日

フリガナ		男・女
氏名		
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳 )	
住所	〒	
電話番号	自宅: — — 携帯: — —	緊急時連絡先に○を付けてください。

下記の項目をご記入ください。

1. 本日はどうされましたか

体温	℃
----	---

いつ頃からですか

2. 今までに病気・手術・入院等の経験はありますか( はい・いいえ )

※はいと回答された方は詳細をご記入下さい

3. 現在、服用している薬剤はありますか( はい・いいえ ) ※必ずご記入下さい

はいと回答された方は薬品名をご記入下さい

4. ご家族で今までにかかった病気はありますか

糖尿病 高血圧 高脂血症 心筋梗塞 脳梗塞 その他( )

5. 食物や薬品のアレルギーはありますか( はい・いいえ ) ※必ずご記入下さい

(食物: )

(薬品名: )

6. 下記の中で当てはまる場所を選んで下さい。

たばこ 吸わない・吸う (1日に 本、約 年間) ・ やめた( 歳から)  
アルコール 飲まない・飲む (種類: 量: ) ・ やめた

7. 女性の方へ ※必ずご記入下さい

現在妊娠していますか。また妊娠している可能性はありますか( はい・いいえ )

授乳中ですか( はい・いいえ )

最終月経はいつですか( 月 日) 閉経している

8. その他、気になる点等ございましたらご記入下さい

ご記入いただきました個人情報は、診察行為以外の目的には使用いたしませんのでご安心ください。  
ご協力ありがとうございました。