

問診票

ふりがな		生年月日		
氏名		昭・平・令 年 月 日 (歳)		
住所	〒	性別	男 ・ 女	体温 ℃
自宅	()	職業		
携帯番号	()			

◆ご記入いただいた個人情報は診療目的のみに使用し、第三者に提供することはありません。

① 本日はどうなさいましたか (症状等)

② その症状はいつ頃からですか

③ 現在治療中の病気・内服薬・外用薬はありますか いいえ ・ はい (下記にご記入ください)

例：50歳	病名： 高血圧	内服薬： アムロジピン
歳	病名：	内服薬：
歳	病名：	内服薬：
歳	病名：	内服薬：
歳	病名：	内服薬：

④ この中に指摘されたことのある病気はありますか いいえ ・ はい ⇒

心臓病 緑内障 前立腺肥大 糖尿病 便秘

⑤ 今まで過去に病気・手術はありますか (既往歴) いいえ ・ はい (下記にご記入ください)

年齢	病名	治療法
例：20歳	虫垂炎	手術

⑥ アレルギーはありますか いいえ ・ はい ⇒

卵 牛乳 大豆 花粉 喘息

キシロカイン (歯科麻酔時に使用するもの)

薬 ()

食物 ()

その他 ()

⑦ 女性の方のみ

・現在妊娠はしていますか いいえ ・ はい (妊娠 カ月)

・現在授乳中ですか いいえ ・ はい

⑧ 当院を受診されたきっかけは？

紹介・勧められて 紹介者 () インターネット・ホームページ ()

近所だから その他 ()

問診票