

問診票

記入日 年 月 日

ふりがな

氏名 生年月日 年 月 日 (歳)

現住所

電話番号 携帯番号

1. 今日どのような症状で来院されましたか？

① 部位はどこですか？ 具合の悪い所に○を付けて下さい

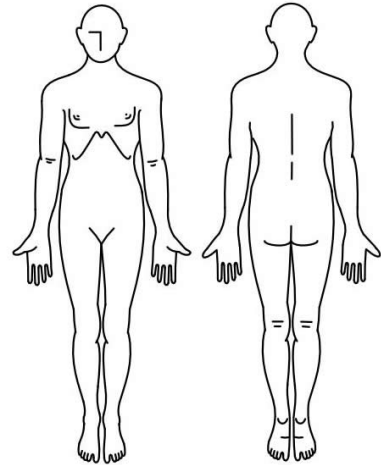
② どのような症状ですか？

③ いつ頃からですか？

[_____] ・ 不明

④ 原因は？

[_____] ・ 不明



2. 現在治療中、または過去に病気や手術をされた事がありますか？当てはまるものに○を付けて下さい。

高血圧 糖尿病 喘息 脂質異常症 痛風・高尿酸血症 不整脈 狭心症 心筋梗塞
腎臓病 胃潰瘍 肝臓病 脳梗塞・脳出血 婦人科の病気 眼科の病気 骨折(部
位：)

その他 [_____]

手術 [_____]

※ペースメーカー装着(有・無)

3. 現在飲んでいるお薬はありますか？

はい () ・ いいえ

※お薬またはお薬手帳をお持ちの方はお出してください。

4. 今までにお薬や食べ物でアレルギーを起こした事がありますか？

はい () ・ いいえ

5. 女性の方へ、現在妊娠中ですか？ はい ・ いいえ ・ 未確定

授乳はされていますか？ はい ・ いいえ

3. 6.当クリニックをどのようにして知りましたか？当てはまるものに○を付けて下さい。

インターネット・ホームページ バスのアナウンス 通りがかり 家が近い

家族が受診している 家族や親戚に聞いて 友人・知人に聞いて 医療機関からの紹介 その他

[_____]