

問 診 票

フリガナ _____ 生年月日 大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日
氏名 _____ 男・女 _____ 年齢 _____ 歳
〒 _____

住 所 _____

電話番号 _____ 携帯電話 _____ (続柄 本人・ _____)

職 業 _____ 体温 _____ 度 (発熱のある場合のみ) 体重 _____ kg (お子様のみ)

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？ (複数症状がある場合にもご記入ください。)

今の症状はいつ頃からはじまりましたか？ _____

上記症状について、本日までに別の医院で診察・治療を受けましたか？

受けていない・受けた (いつ頃: _____ 医療機関名: _____)

(そのときの診断名: _____)

過去に同じようなことがありましたか？

なし ・ ある (いつ頃: _____)

2. 現在または過去にかかった病気について (ある場合には○をお付けください。)

喘息 糖尿病 心疾患 肝疾患 (→ B型・C型・その他) 腎疾患

脳血管疾患 緑内障 (その他 _____)

3. 現在服用中のお薬(あれば)

アレルギー(食べ物・薬等) : なし ・ あり (_____)

妊娠 : なし ・ 可能性あり ・ あり(_____ 週) 出産予定日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

授乳 : なし ・ あり(児 _____ ヶ月)

その他 (相談したい点・気にかかる点など)
