問　　診　　票　　年　　月　　日

フリガナ 氏名　　男・女	生年　大 昭　年　月　日（　歳） 月日　平	
住所〒		TEL
身長　cm	体重　kg	体温　℃

1.本日はどのような症状で来院されましたか？

2.症状はいつ頃からありますか？

3.今までにかかった病気や治療中の病気があれば□にチェックし、いつ頃かを（ ）内にご記入下さい。

□糖尿病（　　頃）□高血圧（　　頃）□高脂血症（　　頃）
□胃炎や胃潰瘍、十二指腸潰瘍（　　頃）□腎臓疾患（　　頃）
□肝炎などの肝疾患（　　頃）□心筋梗塞や狭心症などの心臓疾患（　　頃）
□喘息（　　頃）□脳梗塞（　　頃）□動脈硬化症（　　頃）
□下肢静脈硬化症（　　頃）□その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　頃）

4.今までに手術の経験はありますか？

□なし　□あり→病名（　　）
いつ頃（　　）

5.現在飲んでいる薬はありますか？お薬手帳をお持ちの方はご提示下さい。

□なし　□あり→薬品名（　　）

6.薬のアレルギーはありますか？

□なし　□あり→薬品名（　　）

7.食べ物のアレルギーはありますか？

□なし　□あり→食材名（　　）
その他→（例：花粉症など　　）

8.嗜好品について教えて下さい。

・たばこ：□吸わない　□吸う→（1日　　本、約　　年間）　□過去に吸っていた
・飲酒：□飲まない　□飲む→（種類　　1日　　杯）□時々（月に2～3回）

9.【女性の方へ】妊娠していますか？またその可能性はありますか？

□していない　□可能性がある　□している→（　　ヶ月）□授乳中

10.当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？（複数回答可）

□近所に在住　□通勤、通学路　□ホームページ　□広告（駅地図広告）□電柱広告
□知人の紹介　□他の医院からの紹介　□その他（　　）

11.診察を受けるうえで、希望されることがありますか？（例：注射はイヤ/診断書希望）

※当クリニックは個人情報保護に取り組んでおります。ご記入頂いた問診票は診療以外の目的には使用しません。