



問 診 票

記入日 年 月 日

ふりがな		大正					
氏名		昭和	年	月	日生 (歳)	男・女	
住所	〒						
電話番号	—	—	ご本人以外の緊急連絡先：				
						氏名	間柄
						TEL：	— —

紹介状をお持ちですか？
なし あり（紹介元： _____ ）

今回、どのような症状や理由で来院されましたか？（いつ頃から）

現在治療中や、過去にかかったご病気や手術はありますか？（病名、何歳頃）
なし あり（ _____ ）

現在、服用中のお薬はありますか？（漢方薬、市販薬、サプリメントなども含めて）
なし あり（ _____ ）
 ※お薬手帳のご提示でも構いません

アレルギーはありますか（お薬、アルコール消毒、ラテックス、食べ物など）
なし あり（ _____ ）

直接血のつながった方でご病気をされた方はいらっしゃいますか？
なし あり（ _____ ）

タバコを現在や過去に吸っていますか？
なし あり（喫煙開始： _____ 歳から、1日あたり約 _____ 本 禁煙した年齢： _____ 歳）

女性の方のみ
 妊娠中ですか？ いいえ はい 授乳中ですか？ いいえ はい

当院をどのようにお知りになりましたか？
医師から紹介 通りがかり クチコミ ホームページ チラシ その他（ _____ ）

診察に際して何かご希望はありますか？

