

【 問診票 】

フリガナ			
氏 名	(男 ・ 女)		
生年月日	明 大 昭 平	年	月 日 (才)
住 所	〒 — —		
電話番号	自宅	— —	※緊急時のご連絡のため、携帯電話をお持ちの方は携帯電話の番号もご記入下さい
	携帯	— —	
mail アドレス			
身長	cm	体重	kg 体温 °C

- 今日はどうされましたか？ また、その症状はいつ頃から始まりましたか？

例： おとといから喉の痛みと咳。昨夜 38℃の発熱。
- 現在治療中の病気はありますか？

ある (病名:) ない
- 現在服用中の薬はありますか？

ある () ない

* 常にお飲みのお薬がある方で、お薬手帳をお持ちの方は受付にお出してください。
- これまでに大きな病気をしたことがありますか？

ある (病名: いつ:) ない
- 手術歴はありますか？

ある (病名: いつ:) ない
- アレルギーがありますか？

ある () ない わからない
- お酒を飲みますか？

飲まない 飲む (週 回)
- タバコを吸いますか？

吸わない 吸う (1日 本 、喫煙歴 年)

禁煙中 (禁煙期間:)
- ご家族の中に、高血圧や糖尿病、狭心症などの疾患がある方がいらっしゃいますか？

(誰が: 病名:)
- 女性の方にお聞きします。現在妊娠中ですか？

はい (ヶ月) いいえ わからない 授乳中
- 会計時、領収書の他に、明細書の発行を希望されますか？

はい いいえ