

## 問診票

記入年月日： 年 月 日

氏名	フリガナ	男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和・西暦 年 月 日 ( 歳)
住所	〒 ー			
電話番号	自宅	携帯	身長	cm 体重 kg

本日はどのような症状で受診しましたか

( )

症状はいつどのように始まり、その後変化していますか

例) 2日前に食事中に突然始まり、その後は良くなったり悪くなったり  
1ヶ月前から徐々に始まり、だんだん悪くなってきている など

( )

この症状について他の医療機関を受診されましたか

受診していない ・ 受診した 病院名 ( )

現在、他の病気で治療中ですか

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 脳卒中 ・ 心臓病 ・ 肺疾患  
肝臓病 ・ 腎臓病 ・ がん ( ) ・ 骨粗鬆症  
その他 ( )

過去に大きな病気にかかったことはありますか

ない ・ ある ( )

現在、飲んでいるくすりはありますか (できればお薬手帳をお見せください)

ない ・ ある ( )

アレルギーはありますか (薬、食べ物など)

ない ・ ある ( )

喫煙・飲酒について教えてください

タバコ：なし・あり ( 本/日 喫煙期間 年間)

アルコール なし・時々・毎日 (種類・量 )

当院をどこでお知りになりましたか

インターネット 知人の紹介 通りがかり バスのアナウンス チラシ  
雑誌・情報誌 その他 ( )