

# 問診票

受診日：平成 年 月 日

フリガナ  
お名前：

様

No. ( )

生年月日：(T・S・H) 年 月 日生まれ ( 歳) 男・女

ご住所：〒 -

( )

携帯番号： ( )

電話番号： ( )

1. 本日はどのような症状でお越しでしょうか？あてはまる症状に○をつけて下さい。  
発熱 ・ 鼻水 ・ せき ・ たん(血たん) ・ のどが痛い ・ 頭痛 ・ はきけ  
おう吐 ・ 下痢 ・ 腹痛 ・ 便秘 ・ めまい ・ 動悸 ・ 息苦しい ・ 胸痛  
食欲がない ・ 眠れない ・ 花粉症 ・ ぼうこう炎  
健康診断で要健診と判定 ・ 他院からの紹介(紹介状あり・紹介状なし)  
その他 ( )
2. いつ頃からその症状がございますか？  
( )
3. 今までに大きな病気にかかれたことや、入院や手術を受けたことがございますか？  
ない ・ ある ( )
4. 現在、他の病院や診療所で治療されている病気はございますか？  
ない ・ ある ( )
5. 現在、何か飲んでいるお薬はございますか？  
ない ・ ある ( )  
→お薬手帳をお持ちでしたら、診察時に手帳をスタッフにお渡し下さい。
6. お薬や食べ物などでアレルギー症状を起こしたことはございますか？  
ございましたら、わかる範囲でその症状とお薬・食べ物の名前をお教え下さい。  
ない ・ ある ( )
7. 女性の方：妊娠している可能性はございますか？ ない ・ ある ( )  
現在、授乳をされておりますか？ いいえ ・ はい
8. その他に治療や検査などで何か希望などがございましたらご記入下さい。  
( )