

# 問診票

ID: \_\_\_\_\_

ふりがな							
氏名	_____	年齢	_____ 歳(男・女)	身長	_____ cm	体重	_____ kg
〒	_____	生年月日	M・T・S・H	_____ 年	_____ 月	_____ 日	
住所	_____						
電話番号	-	-	*過去に当院にかかったことはありますか。( ない ・ ある )				

◇ 本日はどうなさいましたか。

【 \_\_\_\_\_ 】

\*その症状はいつ頃からですか [ \_\_\_\_\_ ]から

◇ 今現在、治療されている病気はありますか。

[ \_\_\_\_\_ ]

◇ 今現在、処方されているお薬はありますか。( ない ・ ある )

ある方: [ \_\_\_\_\_ ]

◇ 今までに大きな病気やケガをしたり健康診断で異常を指摘されたことがありますか。

( ない ・ ある ) \_\_\_\_\_ 歳頃 病名 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 歳頃 病名 \_\_\_\_\_

◇ アレルギーはありますか。 ( ない ・ ある )

薬品 [ \_\_\_\_\_ ]

食物・その他 [ \_\_\_\_\_ ]

◇ ご家族に現在、病気の方がいらっしゃいますか ( いない ・ いる )

本人との関係 \_\_\_\_\_ 病名 \_\_\_\_\_

本人との関係 \_\_\_\_\_ 病名 \_\_\_\_\_

◇ ※ 女性の方へ 現在妊娠していますか ( はい ・ いいえ ・ もしかしたら )

◇ 現在の生活についてお伺いします。

お酒 飲まない・飲む ( 時々・毎日 \_\_\_\_\_ を \_\_\_\_\_ ml・本・杯 )

タバコ 吸わない・吸う(1日 \_\_\_\_\_ 本/ \_\_\_\_\_ 年間)