

# 問 診 票

令和 年 月 日

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)

1. 住 所 : 〒

電話番号 :

2. いっごろから、どのような症状があつて来院されましたか？

例) 3日前から、38度の熱があり、胸も苦しい。

3. これまでにかかったことのある病気があればご記入下さい。

高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 胃潰瘍 脳卒中 喘息  
その他 ( )

4. 手術を受けられたことがありますか？

はい (何の手術ですか ) いいえ

5. アレルギー (花粉症、アトピー性皮膚炎、気管支喘息など) はありますか？

はい (花粉 食物 薬 ) いいえ

6. タバコは吸われますか？

はい (1日 本を 年間 ぐらい ) いいえ

7. 飲酒されますか？

はい (日本酒 ビール 焼酎 ウイスキー を1日 ml ) いいえ

8. 妊娠の可能性はありますか？ ある ない

9. 本日、食事は 抜いてきた 食べてきた

10. このクリニックをどちらでお知りになりましたか？

知人家族より 広告 新聞 雑誌 その他 ( )

11. 治療にあたって漢方薬の使用を希望されますか？

希望しない 希望する 医師と相談して決める

12. 本日、他院からの紹介状あるいは、検査結果など、お持ちならお出してください。

ありがとうございました。

体温 ℃ 身長 cm 体重 kg  
血圧 / mmHg 脈拍 /分 整 不整