

問 診 票

No.

令和 年 月 日

ふりがな.....	男・女
お名前	
生年月日 大正・昭和・平成 _____年 _____月 _____日生 _____歳	
住所 〒	電話 () 携帯 - -

1. 今日は、どのような症状で来院されましたか。
2. その症状は、いつ頃からですか。
3. 平熱は何度くらいですか。
4. 現在、治療中の病気、あるいは今までに大きな病気にかかったこと、手術をうけたことはありますか。
 - ・ある 病名 _____
いつから _____
 - ・なし
5. 現在、服用している薬はありますか。
 - ・ある 薬の内容 (_____)
 - ・なし
6. アレルギーはありますか。
 - ・ある 薬 (_____) 花粉 喘息 アトピー
鼻炎 その他 (_____)
 - ・なし
7. 喫煙 飲酒について。
 - ・喫煙 ・吸う 1日 (_____ 本) ・吸わない
 - ・飲酒 ・飲む 1日 (量 _____ 週に何日 _____) ・飲まない
8. 女性の方のみお答えください。

最近の生理はいつでしたか。(_____ 月 _____ 日に始まった)
9. この診療所は、どのようにしてお知りになりましたか。
 - ・家族や知人の紹介 (_____ 様) ・駅の広告 ・電柱の広告 ・電話帳の広告
 - ・その他 (_____)
10. 治療のことなど、何かご希望がありましたらご自由にお書き下さい。