

ID:

記入年月日

年 月 日

## 問 診 票

(お尋ねした内容は診察目的以外には使用いたしません。また外部に漏らすこともございません。)

ふりがな		性別	男・女
氏 名			
生年月日	T · S · H · R	年 月 日	年齢 才
住 所 〒			
※電話番号		※携帯番号	

※電話番号・携帯番号は現在連絡の取れる番号の記入をお願いします

1. いつ頃からですか？ ( 前から ) KT : °C  
 どのような症状でお困りですか？  
 ( )
2. 過去にかかった特別な病気を教えてください。  
 ( )
3. 現在治療中の病気がありましたら教えてください。  
 ( )
4. 今まで手術を受けたことはありますか？  
 なし ・ あり 手術名 ( )
5. 現在服用中のお薬がありましたら教えてください。お薬手帳をご持参の方は、受付時に出してください。  
 なし ・ あり お薬名 ( )  
 \* 他院で処方されているお薬を当院で希望される方は、事前にスタッフまでお知らせください。
6. 薬や食べ物のアレルギーがありましたら教えてください。  
 なし ・ あり ( )
7. 嗜好品について  
 アルコールは飲みますか？  
 飲まない ・ 付き合い程度 ・ 週3日以上 ・ 毎日飲む (量 : , 種類 : )  
 タバコは吸いますか？  
 吸ったことはない ・ 現在吸っている ( 本/日 × 年間 )  
 以前吸っていた ( 本/日 × 年間 , 年前から禁煙)
8. 女性の方にお聞きます  
 妊娠中ですか？ ( はい ヶ月 ・ いいえ ) 授乳中ですか？ ( はい ・ いいえ )