

問 診 票

受診日 年 月 日

フリガナ			男 ・ 女
氏 名			
生年月日	明 大 昭 平 令 年 月 日 (歳)		
住 所	〒 -		
電話番号	自宅：	携帯：	

下記の項目をご記入ください。

1. 本日はどうされましたか

いつ頃からですか

2. 今までに病気・手術・入院等の経験はありますか (はい ・ いいえ)

※はいと回答された方は詳細をご記入下さい

3. ご家族で今までにかかった病気はありますか

脳梗塞 心筋梗塞 糖尿病 高血圧 高脂血症
その他 ()

4. 食物や薬品のアレルギーはありますか (はい ・ いいえ)

(食物:)
(薬品名:)

5. 下記の中で当てはまるところを選んで下さい。

たばこ 吸わない・吸う (1日に 本、約 年間) ・ やめた
アルコール 飲まない・飲む (種類: 量:) ・ やめた
便 通 快便 下痢 便秘 (日に 回)

6. 現在、服用している薬剤はありますか (はい ・ いいえ) ※はいと回答された方は薬品名をご記入下さい

7. 女性の方へ

現在妊娠していますか。また妊娠している可能性はありますか (はい ・ いいえ)
授乳中ですか (はい ・ いいえ)
最終月経はいつですか (月 日) 閉経している

8. その他、気になる点等ございましたらご記入下さい

ご記入いただきました個人情報は、診察行為以外の目的には使用いたしませんのでご安心ください。ご協力ありがとうございました。