

問 診 表

記入日 年 月 日

ふりがな 氏 名	(生年月日 年 月 日生)	男	住所	〒
		女		
身長	cm	体重	kg	電話番号

1. 今日はどんな症状で受診されましたか？ 熱（ 度）
 症状（ ）
 いつから（ ）
2. 現在、通院中のご病気はありますか？
 ①はい（病名： ） ②いいえ
3. 現在、内服している薬はありますか？
 ①はい（薬剤名： ） ②いいえ
4. 上記以外に重大な病気にかかったり、あるいは手術を受けたことがありますか？
 ①はい（病名： ） ②いいえ
5. 食べ物や薬剤のアレルギーはありますか？
 ①はい（食物名／薬剤名： ） ②いいえ
6. 女性の方へ
 現在妊娠していますか？ ①はい（週数： ） ②いいえ
 授乳中ですか？ ①はい ②いいえ
7. 今まで喫煙したことはありますか？
 ①はい（ 本／日 年間 歳から禁煙 ・ 現在喫煙中 ） ②いいえ
8. ご希望の検査など、ご要望があれば教えてください。
 （ ）

～簡単なアンケートをお願いしております。ご協力をお願い致します。～

当院を知ったきっかけは何ですか？

- 通りすがり（現地での開院告知看板） ●ホームページ ●家族や知人の紹介
- 他医療機関の紹介 ●開院チラシ ●先生に元々診てもらっていた
- その他（ ）