

問 診 表

記入日 2025 年 月 日

ふりがな			男 女	住所	〒
氏名					
生年月日：大正・昭和・平成・令和 年 月 日生（ 歳）					
身長	cm	体重	kg	電話番号	

- 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（ ）
- 現在、通院中のご病気はありますか？
①はい（病名： ） ②いいえ
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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 公式ホームページ Youtube等動画サイト Google等の検索サイト
EPARK その他の病院検索サイト 家族や知人の紹介 他医療機関の紹介
先生に元々診てもらっていた 駅看板 その他（ ）

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証のご利用にご協力お願い致します。