

問 診 票

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	携帯	—	—	自宅	—	—

熱 (度)

1. 今日はどんな症状で受診されましたか？その症状はいつからですか？下の()内に記入をお願いします。

ご自身の症状に当てはまるものがあれば○をつけてください。

2週間以上続く発熱 ・ 関節痛 ・ 手のこわばり ・ 筋肉痛 ・ 口内炎

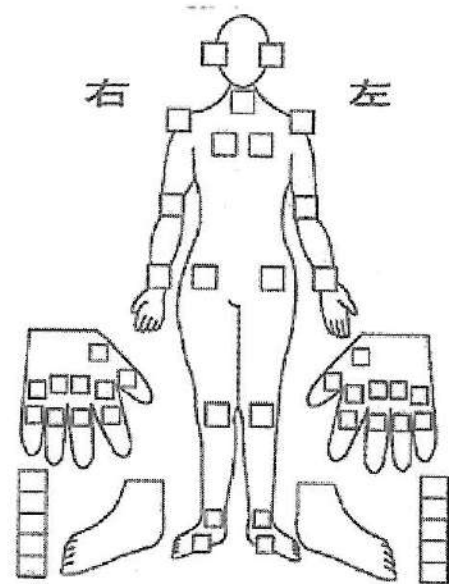
原因不明の発疹 ・ 手足のむくみ ・ 手足のしびれ ・ 手指の変色

目の渇き ・ 口の渇き ・ 脱毛 ・ 胸やけ ・ 便秘 ・ 頭痛

陰部潰瘍 ・ 息切れ

上記○をつけた症状の経緯・状況

(いつからか、どのような症状か) をより具体的にお書きください



※痛いところをチェックしてください。

3. 現在、通院中のご病気はありますか？

①はい (病名：)

②いいえ

4. 現在、内服している薬はありますか？

①はい (薬剤名：)

↳ お薬手帳の有無 ・ あり ・ なし ・ 携帯

※お薬手帳をお持ちの方は問診票と一緒にご提示ください。

②いいえ

5. 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

6. 血縁関係のある方で、リウマチ・膠原病の方はいますか？

①はい（病名： _____（血縁者） 父 母 祖父母 兄（姉） 弟（妹） _____）

②いいえ

7. 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

8. 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

更年期でお悩みですか？

①はい

②いいえ

閉経されていますか？

①はい _____ 歳から

②いいえ

9. 今まで喫煙したことはありますか？

①はい（現在喫煙中 _____ 本／日）（喫煙していた _____ 本／日 _____ 年間）

②いいえ

10. 飲酒はされますか？

①はい（毎日・時々・付き合い程度）

②いいえ

11. 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。