



問 診 票

フリガナ		性別	男 ・ 女
お名前		体温	. °C
生年月日	明・大 昭・平	年齢	歳
住所		電話	()
15歳以下の方のみ	身長	cm	体重
			kg

1.本日はどうなさいましたか？

2.今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？

ない ・ 高血圧 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病 ・ 痛風
狭心症/心筋梗塞 ・ 脳卒中 ・ その他 ()

現在も治療中ですか？

していない ・ している (通院先:)

3.現在飲まれているお薬や市販薬、サプリメントなどはありますか？

ない ・ ある ()

※「ある」とお答えの方で、本日お薬手帳・薬剤情報提供書をお持ちの場合は記入不要です。

診察時にお見せください。

4.お酒、たばこを摂取していますか？

お酒 している (1日量 /週に 回) ・ していない

たばこ している (1日量 本/年数 年) ・ していない

5.お薬や食物などでアレルギーが出たことはありますか？

ない

ある 薬 (詳細:)

食べ物 (詳細:)

6. (女性の方のみ) 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？

いいえ ・ はい (ヶ月) 現在授乳中の方 (お子さんは ヶ月)

☆当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？ (複数回答でも構いません)

近所の在住 (通勤・通学) ・ ホームページ・広告・知人の紹介

他の医療機関からの紹介 医療機関名 ()

その他 ()