

問 診 票

フリガナ		I D	
お名前		性別	男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	才
住 所	〒 —	TEL	— —

※健康診断、予防接種、禁煙外来、舌下免疫療法をご希望の方は別途 問診票がございますので、受付にお声をおかけください。

1) 今日はどうされましたか。(該当する箇所に☑を入れてください)

- カゼをひいた 熱がある (℃) 頭が痛い 関節や筋肉が痛い
のどが痛い 咳がでる 鼻がでる 痰がでる
吐き気がする 吐いた 胃が痛い お腹が痛い 下痢
便秘 排尿時に痛い 発疹がでた

2) いつ頃から、そのような症状がでましたか。

今日から () 日前から () 週間前から () ヶ月前から

※該当する箇所に☑を入れてください

■今まで、薬や注射でアレルギー反応を起こしたことがありますか？

ある ない

★「ある」と答えた方は具体的にお答えください(例：歯科の麻酔で息切れ等)

いつ頃_____ どのような薬で_____

症状は_____

■通院中の病気はありますか。 ある ない

通院中の病名_____

■手術されたことがありましたらお答えください。 ある ない

病名 () で、手術をした。

■現在煙草を習慣的に吸っていますか？

はい (毎日 約_____本 喫煙歴 約_____年) いいえ

■お酒は(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)はどの位の頻度で飲みますか？

毎日 時々 ほとんど飲まない(飲めない)

■女性の方に質問します。(薬物処方、レントゲン検査の際に参考にいたします。)

妊娠の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

当院受診のきっかけを教えてください。

近隣だから 知人・家族からの紹介 当院のホームページ 携帯サイト

お答えいただき、ありがとうございます。診療の際に参考にいたします。