

問 診 票

記載年月日 平成 年 月 日

ふりがな

お名前 _____ 男・女

- 本日は、どのような内容で来院されましたか？ ※発熱： _____℃

- いつからですか？
月 日 午前・午後 時頃から
- 今お飲みのお薬はありますか？（ありましたらご記入ください。）

- 過去の検査データは本日お持ちですか？ はい ・ いいえ
（お持ちでしたら診察の際、ご提示ください。）
- 今回のことでどちらか病院にかかりましたか？
（いいえ／はい： _____ 病院・医院）（ _____ ）科
- 今まで次の病気にかかったことがありますか？（あれば○をつけてください。）
高血圧 ・ 不整脈 ・ 心臓病 ・ 糖尿病 ・ 肝臓病 ・ 脳梗塞
脳出血 ・ 喘息 ・ 肺結核 ・ 肺炎 ・ その他（ _____ ）
- 本日、血液検査を希望されますか？ はい ・ いいえ
- 今まで手術を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ
「はい」の方・・・病名（ _____ ）病院（ _____ ）
- 輸血（血液製剤）を受けたことはありますか？ はい ・ いいえ
- アレルギーはありますか？ はい ・ いいえ
「はい」の方・・・食べ物・薬・その他（ _____ ）
- タバコは吸いますか？ はい 1日（ _____ ）本 ・ いいえ
- お酒は飲みますか？ はい ・ いいえ
「はい」の方・・・（ _____ ）を1日（ _____ ）くらい
- 女性の方に
一番最近の生理はいつですか？ _____月 _____日から _____日まで（順調 ・ 不順）
現在妊娠している可能性はありますか？ はい ・ いいえ
現在授乳中ですか？ はい ・ いいえ

○こちらのクリニックを何でお知りになりましたか（複数回答可）

・インターネット ・看板 ・電柱 ・チラシ ・知人の紹介 ・その他（ _____ ）