

問診票

受診日：西暦 年 月 日

ふりがな		生年月日
氏名	男 女	西暦・大正・昭和・平成 年 月 日 歳
住所	〒	(職業)
電話番号	自宅： 携帯： その他：	身長 cm 体重 kg 体温 °C

■現在の症状、または気になることをご記入下さい

記入欄

■輸血歴 (あり ・ なし)

■既往歴

※ありの場合、下記にご記入下さい

高血圧 (あり ・ なし)	アレルギー歴 (あり ・ なし)
糖尿病 (あり ・ なし)	
気管支喘息 (あり ・ なし)	
脳梗塞 (あり ・ なし)	副作用歴 (あり ・ なし)
高脂血症 (あり ・ なし)	
狭心症・心筋梗塞 (あり ・ なし)	
うっ血性心不全 (あり ・ なし)	その他 ()

入院・手術歴 (あり ・ なし) ※ありの場合、下記にご記入下さい

記入欄 (病院名・担当医名もご記入下さい)

■服用中の薬 (あり ・ なし) ※ありの場合、下記にご記入下さい

記入欄 (お薬手帳をご提示の方は未記入で構いません)

裏面のご記入もお願いします→

■喫煙歴（あり・なし） ※ありの場合、下記にご記入下さい

現在吸っている（1日 本、 年間）
過去に吸っていた（1日 本、 年間）

■飲酒の有無

1 飲まない	
2 飲む（毎日）	飲酒量：
3 飲む（週 日くらい）	飲酒量：
4 たまに飲む	飲酒量：

■ご家族の既往歴をご記入下さい

記入例：父、高脂血症、脳梗塞

■女性の方へ

これまでの妊娠歴（あり・なし）

現在、妊娠の可能性（あり・なし）

■介護保険の申請をしていますか？（はい・いいえ）

「はい」の方 … 要支援： 1 ・ 2 / 要介護： 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5

■お薬の処方がある場合、どちらを希望されますか ※いずれかに○をお願いします

1 院内処方	2 院外処方
--------	--------

※院内処方ご希望の場合でも お薬の種類や量をご用意出来ない場合 院外処方になる場合もございます。

■写真撮影の承諾について

患者誤認防止の為、顔写真の撮影のご協力をお願いしています。

写真はカルテ上に表示される以外、他の用途に使われることはございません。

撮影を（許可する・許可しない） ※いずれかに○をお願いします。

■当院をどの様にお知りになりましたか

当院のホームページ インターネット広告 その他ウェブサイト（ ）

SNS・ブログ 交通広告（バス、電車、駅など） 建物看板 チラシ ティッシュ

タウンニュース 地方自治体の広報誌（ ）

家族・友人・知人の紹介 医療機関からのご紹介（医療機関名： ）

テレビ 新聞 ラジオ セミナー（場所： 開催月： 月） 当院ドクターの書籍

その他（具体的にお教えください： ）