

# 問 診 票

この用紙はこれからの診察を適切に行うための問診票です。  
おわかりになる範囲で結構ですのでご記入ください。

ふりがな： 性別：男性・女性  
氏名：  
生年月日：明・大・昭・平 年 月 日 ( 才)  
職業：  
郵便番号：  
住所：  
電話：

(1)本日はどうなさいましたか。

いつ頃から？原因は？どのように？等 お書きください。

(2)今回の症状に関して他の医療機関にかかりましたか

いいえ ・ はい ( )

(3)現在、治療中の病気はありますか

いいえ ・ はい ( )

(4)最近服用した薬剤、または服用中の薬剤があればお書き下さい。

(5)今までにかかったことのある病気などがあればお書き下さい。

(6)本日の診療についてご希望があればお書きください。

検査を希望、レントゲン撮影して欲しい、粉薬は飲めない、漢方薬を希望・・・など。

(7)薬、食べ物などでアレルギーを経験したことはありますか

いいえ ・ はい ( )

(8)喫煙しますか：いいえ ・ はい( 本/日) ・ 以前は吸っていた( 年前)

飲酒しますか：いいえ ・ はい(種類 杯/日)

(9)女性の方へ

妊娠の可能性はありますか：いいえ ・ はい ・ わかりません