

問 診 票

年 月 日

氏名	フリガナ	男・女	明治・大正・昭和・平成	
			年 月 日 (歳)	
身長	cm		体重	
住所	〒 -			
電話	(自宅・携帯) - -			
来院目的	診療 ・ 健康診断 ・ 禁煙治療 ・ 予防接種 ・ 自費診療 ・ その他()			
当院をお知りになった経緯：ご紹介 ・ ホームページ ・ その他()				

1. どのような症状がありますか？

--

2. いつからその症状がありますか？

--

3. 特に聞きたいことや、御希望があれば書いてください。

--

4. 現在までかかったことがある病気、現在治療中の病気があればお書きください

<病名>	<時期>
	①() 歳くらいの時
	②(今現在も治療中)

5. いつもお飲みになっている薬はありますか？ 本日お薬手帳があればお見せください。

--

6. 今までにお薬で具合が悪くなったことはありますか？

ない・ある(お薬の名前)

7. 飲酒・喫煙に関してお聞きます。

① 飲酒 なし・あり(お酒の種類 一日の量)

② 喫煙 なし・あり(本/日× 年間)

③ 禁煙した(喫煙は 本/日 歳 ~ 歳まで)

8. (女性の方のみ)現在妊娠している可能性はありますか？

ない・ある