

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

<u><病名></u>	<u><時期></u>
	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