



ふりがな _____

男性 ・ 女性 年齢 _____ 歳

お名前 _____

ご自宅
電話番号 _____ - _____

生年月日 T・S・H・R 年 月 日

携帯電話
電話番号 _____ - _____

ご住所 〒 _____

※わかる範囲で、ご記入お願いします。

1. 本日はどのような症状でご来院されましたか？

>いつから？

>どのように？

2. 現在、他院で診療を受けたり、治療中の病気はございますか？

いいえ

はい → 高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 腎臓病

喘息 高脂血症 その他 (_____)

3. 現在服用中のお薬はございますか？

いいえ はい → お薬手帳をお出し下さい

{ _____ }

4. 今までにお薬や注射(麻酔・造影剤など)食物などでアレルギー症状や体調不良はございましたか？

いいえ はい { 原因・症状など _____ }

5. お酒をお飲みになりますか？

いいえ はい (1日 _____ 本 ・ 合 ・ 杯) ・ 機会飲酒

6. タバコはお吸いになりますか？

いいえ はい (1日 _____ 本 ・ 喫煙歴 _____ 年)

7. 現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性はございますか？

いいえ はい (現在 _____ 週目)

8. 現在授乳中ですか？

いいえ はい

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

※ご記入ありがとうございました。

ご記入頂きましたこの問診票の個人情報(カルテ)と同様に厳正に管理されます