

ID: _____

令和 年 月 日

問診票

体温(°C)

フリガナ		性別	男 ・ 女
お名前		年齢	歳
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日	電話	
住所	〒	携帯	

1・どうなさいましたか？

*もし長くてかきづらいようでしたら、空欄のまま直接医師へお話し下さい

2・いつからですか？

3・今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？

4・現在飲まれているお薬や市販薬、サプリメントなどがありますか？ (はい ・ いいえ)

* お薬手帳・薬剤診療情報提供書などお持ちの方はお見せ下さい

*もし長くてかきづらいようでしたら、空欄のまま直接医師へお話し下さい

5・お薬や食物などでアレルギーがでたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

→はいの場合はこちらにご記入ください

6・現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？ * 女性の方のみ (はい ・ いいえ)

7・喫煙はされていますか？ (はい ・ いいえ)

→はいの場合はこちらにご記入ください (歳から 本/日)

8・飲酒はされていますか？ (はい ・ いいえ)

→はいの場合はこちらにご記入ください

(週 日) (1日 ml) ビール 焼酎 ワイン その他()

9・当院をどこで知りましたか？(複数回答可)

ホームページを見て Google検索(EPARK 東京ドクターズ ドクターズファイル)

クリニックの看板を見て 家族・知人の紹介 他院から紹介(病院名:)

10・当院を選んだ理由を教えてください(複数回答可)

近いから クチコミを見て 女性医師がいるから 土曜日診察があるから

専門医がいるから その他()