

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	
身長	cm	体重	kg		

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()