

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			自宅	
住所	〒			携帯	
身長	cm	体重	kg		

1・今回の症状を教えて下さい

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、サプリメントなどはありますか？ (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

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・喫煙はされますか？

→はいの場合はこちらにご記入ください

(はい · いいえ)

(歳から 本／日)

8・飲酒はされますか？

→はいの場合はこちらにご記入ください

(はい · いいえ)

(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下さい(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()