

問診票

受診日 平成 年 月 日

わかる範囲で結構です。お手数ですがご記載ください。記載されましたら受付にご提出お願いします。記載内容を医師が確認し、診察前に必要と思われる検査を指示させていただくことがございます。
漢方治療をご希望の際は「漢方問診票」がございますので受付に声をかけてください。

ふりがな
ご氏名 ()
郵便番号/ご住所 ()
電話番号 ご自宅 () 携帯番号 ()
生年月日 昭和・平成 年 月 日 () 歳
ご職業 ()
身長 () cm 体重 () kg 体温 () °C

1 本日はどうされましたか？（受診理由） 紹介状（あり・なし）

()

2 今までにかかった病気を○で囲んでください。

・高血圧症 ・腎臓病 ・糖尿病
・胃腸病 ・心臓病 ・肝臓病 ・がん

3 今までに手術を受けたことはありますか？

①手術名 () () 歳時 () 病院 麻酔方法 ()
②手術名 () () 歳時 () 病院 麻酔方法 ()
③手術名 () () 歳時 () 病院 麻酔方法 ()

4 喘息・薬アレルギー・食物アレルギーの有無

喘息（はい・いいえ）

薬アレルギー（はい・いいえ）

→薬剤名 () 症状（ショック・下痢・嘔吐・蕁麻疹・その他）

5 現在通院中の病気はありますか？

① () 病院・クリニックにて () で通院中
② () 病院・クリニックにて () で通院中

6 現在服用中の薬がありましたら、薬のお名前をご記入ください。

（お薬手帳がございましたら受付に事前にご提出ください。その際は記載はご不要です）

()

7 女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか？（はい・いいえ） 授乳中ですか？（はい・いいえ）

最終月経 (月 日 ~ 月 日)

8 嗜好品についてお答えください。

お酒 (1日) ・たばこ (歳より 1日 本)

ご記入ありがとうございました。以上です。お疲れさまでした。成山泰道