

問 診 票 (初 診)

ヨミガナ _____

身長 _____ cm

体温 _____ °C

体重 _____ kg

氏名 _____ 様

性別 (男 ・ 女)

生年月日
(T・S・H・西暦) 年 月 日 (歳)

電話番号
()

〒 - ヨミガナ _____

住所 (都・道・府・県) 市 町 _____

1. 本日はどのような症状(あるいは理由)で来院されましたか?(具体的に)

.....

2. 症状はいつからですか?

朝から 昨日から 数日前 その他(年 月 日より)

.....

3. これまでに大きな病気や手術をしたことがありますか?

いいえ はい(年 月 日より 病名:)
(手術名:)

.....

4. 現在、他院(他科)に通院・治療していますか?

※お薬手帳や他院のデータがある方は、受付にお持ちください

いいえ はい(医療機関名: 内服薬:)

.....

5. お薬や食べ物のアレルギーがありますか?

いいえ はい()

.....

6. ここ1ヶ月以内の海外渡航歴はありますか?

ない ある(国名: 滞在期間:)

.....



7. (女性の方のみ)妊娠中または授乳中ですか?

いいえ 妊娠中(妊娠 週) 授乳中

.....

8. (女性の方のみ)最終月経はいつでしたか?

年 月 日 ~ 年 月 日

閉経(歳ごろ)

.....

9. (任意)当院をどのようにして知りましたか?

親族・知人 他院からの紹介 インターネット 自治体などの刊行物 近所

電話帳 地図・カーナビ 看板・電柱・広告 その他()