

問診表

記入日： 年 月 日

ふりがな お名前	生年月日		明治・大正・昭和・平成
			年 月 日 (満 才)
ご住所	〒		
お電話番号	ご自宅	携帯	

該当する項目に○印もしくはご記入をお願いいたします。

当院にお見えになったのは	1. 初めて → 当院をどのようにお知りになりましたか？ A. 紹介されて（ご紹介者様） B. 人から話を聞いて C. インターネットで検索して C. 当院HPを直接見て E. 電話帳		
どのような症状で受診されましたか？	2. 以前来院したことがある → ()年・()ヶ月くらい前		
症状はいつ頃からですか？	年 月 日(時間帯: AM・PM 時)頃から		
今まで右記の病気をしたり検査で異常を指摘された事がありますか？	1. ある（下記項目に○をご記入ください） A: 高血圧 B: 高脂血症 C: 胃潰瘍 D: ぜんそく E: リウマチ F: 脳梗塞 G: 糖尿病 H: 肝疾患 I: 気管支炎 J: 膠原病 K: 狭心症 L: 腎疾患 M: 緑内障 N: 結核 O: 心筋梗塞 P: その他()		
治療を受けていますか？	1. はい 2. いいえ		
ご本人またはご家族にアレルギーはありますか？	1. ある: ご本人・ご家族 2. ない * お薬 (ある・ない) → (具体的に:) * 食べ物 (ある・ない) → (具体的に:) * その他 (ある・ない) → (具体的に:)		
風邪薬などで耐えられないほど眠くなった事がありますか？	1. はい 2. いいえ		
寝付きは良い方ですか？	1. はい 2. いいえ		
現在飲んでいるお薬はありますか？	1. ある (具体的に:) 2. いいえ		
(女性の方へ) 現在、妊娠していますか？	1. はい (ヶ月目) 2. いいえ		
領収書の他に明細書は必要ですか？	1. はい 2. いいえ		
ご希望などありましたらお書きください。			

ご協力ありがとうございます。
ご記入が終わりましたら、診察前に受付にお渡しください。