

ふりがな

# 問診票

体温

℃

お名前 \_\_\_\_\_ 身長( )cm 体重( )kg

① どのような症状があり、受診されましたか？

いつから→

症状→

② 現在、通院している病院はありますか？

病名( ) ( ) 病院

病名( ) ( ) 病院

③ 上記以外で今までにかかった病気はありますか？

病名( ) → ( ) 歳

病名( ) → ( ) 歳

④ 薬・食物のアレルギーはありますか？      ある      なし

薬名( )

食品名( )

その他・花粉症など( )

⑤ タバコは吸いますか？      吸う      吸わない      以前吸っていた

本数と年数 ( ) 歳から( ) 歳まで、1日( ) 本くらい

⑥ 女性の方にお聞きします。現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？

妊娠中      妊娠の可能性がある      なし

\*ありがとうございました。受付にお渡してください。

\*お薬手帳、血圧手帳などをお持ちでしたら、受付にお渡してください。