

問 診 表

記入日 年 月 日

ふりがな 氏 名	男 女 (生年月日 年 月 日生)	住所	〒		
身長	cm	体重	kg	電話番号	

1. 今日はどんな症状で受診されましたか？ 熱（ 度）
 症状（ ）
 いつから（ ）

2. 現在までに次の病気にかかったことがありますか？
 ①はい（はいの方は下記に○を付けて下さい） ②いいえ

A. 喘息	B. じんま疹などのアレルギー	C. 心臓病	D. 高血圧
E. 腎臓病	F. 肝臓病	H. 肝炎	I. 糖尿病
J. 異常体質			

3. 現在、内服している薬はありますか？
 ①はい（薬剤名： ） ②いいえ

4. 上記以外に重大な病気にかかったり、あるいは手術を受けたことがありますか？
 ①はい（病名： 輸血の有無：有・無 ） ②いいえ

5. 現在までに食べ物や薬剤で何らかの異常（発赤、じんま疹／発疹、気分不良、ショックなど）が起こったことはありますか？ *アレルギーの有無について
 ①はい（食物名／薬剤名： ） ②いいえ

6. 来院1ヶ月以内に予防注射を受けましたか？
 ①はい（予防接種名： ） ②いいえ

7. 女性の方へ 最終月経： 月 日
 現在妊娠していますか？ ①はい（週数： ） ②いいえ
 授乳中ですか？ ①はい ②いいえ

8. 喫煙： 本／日 年間 ・ 飲酒： /日

～簡単なアンケートをお願いしております。ご協力をお願い致します。～
<ul style="list-style-type: none"> ・ 当院を知ったきっかけは？ 電話帳・建物看板・知人友人の紹介・当院のホームページ・インターネット・ 他医療機関の紹介・その他（ ） ・ 通院手段は？ 徒歩・自転車・自家用車・タクシー・バス・電車