

# 問 診 表

記入日                      年                      月                      日

ふりがな 氏 名	男 女			住所	〒
	(生年月日      年      月      日生)				
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"> <li>・ 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（                      ）</li> <li>・ 通院手段は？                      徒歩・自転車・自家用車・タクシー・バス・電車</li> </ul>