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（はいの方は下記に〇を付けて下さい）　　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。～

・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