

問 診 票

受診日 令和 年 月 日

本日の体温 _____

ふりがな

氏 名

性別 男 ・ 女

生年月日 西暦 年 月 日

〒 _____

住 所

自宅電話 - - 携帯電話 - -

★現在の症状をお教え下さい

【 _____ 】

★持病はありますか？(手術歴も含む) はい(下記にご記入ください) いいえ

【 _____ 】

★現在、他の病院にかかっていますか はい(下記にご記入ください) いいえ

【 _____ 】

★飲んでいる薬はありますか？ はい(下記にご記入ください) いいえ

※受付にお薬手帳ご提出ください。

【 _____ 】

★アレルギーはありますか？ はい(下記にご記入ください) いいえ

(薬や食べ物など)

【 _____ 】

★タバコは吸っていますか？

吸っている(歳ごろ 本/日) 吸っていない

吸うのをやめた(歳ごろ)

★飲酒はしますか？

飲む (週 日)(1日 ml) ビール 焼酎 ワイン その他 飲まない

★妊娠中・授乳中ですか？

はい(妊娠 ヶ月・授乳中) いいえ

★ご希望の方は☑をつけてください。

禁煙外来 各種診断書

★当院をどこで知りましたか？

ホームページ クリニックの看板 知人・家族の紹介
雑誌の記事 他院からの紹介(_____)