問　診　表

記入日　　年　　月　　日

ふりがな 氏　名 生年月日 年齢	男 女 (大正・昭和・平成　　年　　月　　日生) 歳	住所	〒

身長	cm	体重	kg	電話番号	
				携帯番号	

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（心筋梗塞・不整脈）		
D. 高血圧	E. 糖尿病	F. 高脂血症	G. 肺気腫	H. 肝臓病
I. 腎臓病	J. 前立腺肥大症	K. 緑内障	L. 脳梗塞	M. 癌（　　）

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：　　）　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