

No. _____

平成 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日
お名前		男・女	昭和・平成 年 月 日 (才)
自宅住所	〒 _____ 都 県		
お住まいの電話	- -	日中の連絡先	- -
当クリニックを何でお知りになりましたか？ ホームページ・看板 紹介されて（知人・薬局・医務室・その他（ ））			診療明細書の発行を希望 する・しない

問 診 票

身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ °C

1.現在の症状について

いつ頃から _____ どのような症状（感冒、胃腸、生活習慣病、健診再検査など） _____

その症状に対して薬の使用は（ない・ある）

薬名 _____ いつから _____

2.現在内服治療している病気はありますか？（ない・ある）

（高血圧・糖尿病・高脂血症・心臓病・肝臓病・喘息・アトピー・癌・メンタルなど）

病名 _____ 薬名 _____ 何才から _____

3.今までの入院・手術・長期間の通院は？（虫垂炎・胃潰瘍・胆石・婦人科など）

ない・ある _____ 才 _____

4.薬や食物でアレルギーはありますか？

ない・ある _____ 薬名 _____ 食べ物 _____

5.ご家族で病気の方はいますか？

いない・いる _____ 病名 _____ 父・母・兄弟・ _____ 才 _____

6.たばこ

吸わない・吸う _____ 本/日 _____ やめた _____ 年前 _____

7.アルコール（のまない・のむ）

（ビール・日本酒・ワイン・焼酎・ _____ ）などを 1日 _____ cc 週 _____ 日 _____

8.女性の方へ 妊娠または授乳中ですか はい・いいえ