

一般診療用問診票

ふりがな

お名前	性別	男	・	女
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年	月	日 (歳)
ご住所	〒	-		
電話番号	携帯電話			

1) いつからどのような症状が始まりましたか？

[]

2) 今までに大きな病気にかかったことはありますか？ [はい ・ いいえ]

※『はい』に○を付けられた方へ

どのような病名ですか？

[① (歳)] [② (歳)]

常用薬はありますか？

[]

※他院からの薬剤情報等があれば診察室もしくは受付でご提出ください。

3) 薬や食べ物で副作用やアレルギーが出たりしたことがありますか？ [はい ・ いいえ]

※『はい』に○を付けられた方へ

どのような薬・食べ物ですか？

[]

4) 今回のケガ（病気）は交通事故もしくは仕事中的事ですか？ [はい ・ いいえ]

※『はい』に○を付けられた方へ

[交通事故 ・ 勤務中]

5) たばこは吸われますか？ [はい ・ いいえ]

※『はい』に○を付けられた方へ

1日 []本を []年間

6) アルコールは飲まれますか？ [はい ・ いいえ]

※『はい』に○を付けられた方へ

1日 []を []本（杯）くらい

7) 女性のかたにおたずねします。妊娠の可能性はありますか？ [はい ・ いいえ]

8) 当院を何でお知りになりましたか？

近所だから 知り合いの紹介で インターネットで
 看板を見て チラシを見て その他 []

*ご協力ありがとうございました。ご記入されました個人情報については、当院での診療以外には使用いたしません。