

問 診 票

令和 年 月 日

ID: _____

ふりがな ()
お名前 (男・女) 、(お子様の場合) 身長 _____ cm, 体重 _____ kg
生年月日 (M・T・S・H) 年 月 日 (才) _____
住所 (〒 -) 市 町 番地 _____
自宅電話番号 _____ 体温 _____ °C
携帯電話番号 _____ (外出時等連絡がとれます様に御記入をお願いします)

- ① 今日はどうされましたか？ (いつからどのような症状があるか教えて下さい)
()
- ② 今までにかかった病気、現在、治療を受けている病気があれば教えてください。
()
- ③ 現在、服用しているお薬があれば教えてください。(お薬の用紙・手帳をお持ちの方はご提示下さい)
()
- ④ お薬や食べ物のアレルギーがあれば教えてください。(具体的にご記入ください)
なし / あり ()
- ⑤ アルコールは飲めますか？ (毎日飲む ・ 時々飲む ・ 飲まない ・ 今は飲まない)
(ビール _____ 本/日 ・ 日本酒 _____ 合/日 ・ ウイスキー _____ 杯/日)
- ⑥ タバコは吸われますか？
吸う (_____ 本/日) ・ 吸わない ・ 以前は吸っていた (_____ 本/日)
- ⑦ 妊娠されていますか？ (女性のみ) (はい ・ いいえ ・ 可能性あり)
- ⑧ 当クリニックを何でお知りになりましたか？
1) インターネット、ホームページ 2) 駅や道路の看板 3) チラシ
4) ご家族やご友人からの紹介 (紹介者名: _____)
5) 天理よろづ相談所病院より継続治療、紹介
6) 他院からの紹介 7) 通りすがり 8) その他 (_____)