問 診 票　　ID＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ふりがな お名前	生年月日 T/S/H/R　年　月　日 （　　）歳	性別 男 ・ 女	体温 ℃
住所　〒　　－			
電話番号　　－　　－	携帯番号　　－　　－		

おわかりになる範囲で結構ですので、以下の質問にお答えください

● どのような症状ですか？　以下のあてはまる症状にチェックをつけてください

☐ 発熱　☐ のどの痛み　☐ せき　☐ たん　☐ 鼻水　☐ 関節の痛み　☐ 頭痛
☐ 腹痛　☐ 吐き気　☐ おうと　☐ 下痢　☐ 便秘　☐ 食欲がない
☐ 血圧が高い（　　mmHg）
☐ その他

［　　］

● 現在治療中の病気　☐ なし　☐ あり

☐ 高血圧　☐ 高脂血症　☐ 糖尿病　☐ 腎臓病　☐ 痛風（尿酸値が高い）
☐ 脳こうそく　☐ 不整脈　☐ ぜんそく　☐ 緑内障　☐ 関節リウマチ
☐ その他（　　）

● 今、飲んでいるお薬　☐ なし　☐ あり

おくすり手帳または薬剤情報提供書をお持ちの方は記入不要です。受付にお出しください。

［　　］

● 薬や食べ物のアレルギーはありますか？　☐ なし　☐ あり

［　　］

● 今までに病気、入院、手術をされたことはありますか？　☐ なし　☐ あり

・いつ（　　）
・病名（　　）・病院名（　　）

● 生活習慣について

・お酒　☐ 飲む(平均して１日　　、頻度　　）　☐ 飲まない
・たばこ　☐ 吸う（１日　本　　年間）　☐ 吸わない　☐ やめた（　年前）

● 女性の方にお伺いします

・妊娠の有無　☐ なし　☐ あり　　・授乳中ですか　☐ はい　☐ いいえ

● 何をみて当クリニックを受診されましたか？

☐ クリニック前を通りかかって　☐新聞チラシ　☐ホームページ　☐その他