

## 問診票 ( 一般 )

記入日： 年 月 日

診察券番号：

フリガナ		男 女	生年月日 年 齡	大・ 昭・ 平・ 令 年	
氏名				( 歳 )	
住所	〒				
電話番号	( 自 宅 ) ( 携 帯 )				
体温	℃	身長	cm	体重	kg

※初診の方は太枠内全て記入をお願いします。

◎いつから、どのような症状がありますか？

●いつから症状がありますか？

●どのような症状ですか？該当する症状にチェックしてください。

□発熱（体温：      ℃）    □腹痛    □下痢（1日      回）    □便に血が混ざる

☐便秘    ☐腹部膨満感    ☐吐き気    ☐嘔吐    ☐食欲がない    ☐のどの痛み

☐咳や痰    ☐めまい    ☐動悸    ☐息苦しい    ☐体がだるい    ☐頭痛

□その他

●現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？

□高血压    □糖尿病    □心筋梗塞・狭心症    □不整脈    □脑出血・脑梗塞

□がん（部位： ） □その他（ ）

●現在服用している薬はありますか？（※お薬手帳をお持ちの方は受付へ提出してください）

□なし      □あり ( 薬品名: )

●薬や食べ物などのアレルギーはありますか？

□なし □あり ( 食べ物名・薬品名: )

●今までに入院したことや手術を受けたことはありますか？

☐なし      ☐あり（病名： \_\_\_\_\_ 病院名： \_\_\_\_\_）

☐いいえ      ☐はい（どれくらい飲みますか： ）  
（例：1日ビール350ml、日本酒1合、機会飲酒、1週間に〇〇回程度など）

□いいえ      □はい（1日の本数：      本）      □禁煙した（      歳から）

・ 現在妊娠中ですか？ ☐いいえ ☐可能性がある ☐はい（妊娠 週）

・ 現在授乳中ですか？ ☐いいえ ☐はい

☐いいえ ☐はい（ご関係：\_\_\_\_\_）

病院ポータルサイト	<input type="checkbox"/> 病院ナビ <input type="checkbox"/> caloo ( カルー ) <input type="checkbox"/> ドクターズファイル <input type="checkbox"/> その他 ( )
WEB	<input type="checkbox"/> Googleマップ <input type="checkbox"/> Google・ Yahoo!検索[キーワード ]
チラシ等	<input type="checkbox"/> フリモ <input type="checkbox"/> チラシ
その他	<input type="checkbox"/> 看板 友人紹介 ( ) その他 ( )
クリニックからのお知らせハガキをお送りしてもよろしいですか？	
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

個人情報の取り扱いについてお気づきの点は窓口までお気軽にお申し出ください。