

問診票

体温： _____ ℃

ふりがな
お名前： _____ (_____ 歳)

TEL _____

住所：〒 _____

自宅： _____

携帯： _____

※マイナ保険証（マイナンバーカード）の利用による、診療情報の取得・活用に同意する。

(はい ・ いいえ)

① あてはまる症状にチェック、もしくは本日の受診理由をご記入下さい。

- 発熱 頭痛 胸の痛み 食欲不振 動悸
嘔吐・吐き気 腹痛 息切れ 呼吸苦 めまい

その他 _____

② その症状はいつからですか？あてはまるところにチェックして下さい。

今日 昨日 おととい 一週間前 その他 (_____)

③ 今までに治療した病気やケガについてご記入ください。

年齢	病名	手術の有無	病院名

④ 現在、内服している薬はありますか？ (あり ・ なし)

ありの方は内服しているお薬をご記入ください。

※お薬手帳の持参 (あり ・ なし) ※お薬のアレルギー (あり ・ なし)

⑤ 嗜好品についてうかがいます。

↓例. ビール 500 mlを毎日

・お 酒 (飲む ・ 飲まない) 飲む方⇒ (_____) を (_____) くらい
(毎日 ・ たまに)

・たばこ (吸う ・ 吸わない ・ やめた)

1日 (_____) 本を (_____) 歳から (_____) まで

⑥ 女性の方へ

・現在、妊娠している、またはその可能性がありますか？ (いいえ ・ はい)

・最終月経 (_____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日)

⑦ 特に何かご希望がありましたらお書き下さい
