

平成 年 月 日

(受付時間： 時 分)

問 診 票

下記の質問にご記入いただき、保険証とともにご提示下さい。

※本日も希望の診療科に○をお願いします。(ご不明の場合は、ご記入不要です)

内 科 ・ 外 科 ・ 整 形 外 科 ・ 皮 膚 科

フリガナ

氏名： _____ (男・女) 生年月日：明・大・昭・平____年____月____日 (歳)

住所： _____ TEL(自宅)： _____

TEL(携帯)： _____

体温： _____℃ 以前に当院を受診されたことがありますか はい いいえ

●いつ頃からどのような症状ですか？(痛みのある場合は、その部位もお書きください)

・いつ頃から (年 月 日 から)

・症状

●6ヶ月以内に海外へ行きましたか？

いいえ はい・・・(いつ) (どこへ)

●他の医療機関へ現在通院中ですか？差し支えなければご記入下さい。

はい (病名 病院名)

いいえ

●今までにかかった病気をチェックして下さい。またそれはいつ頃(または年齢)ですか？

いつ頃

いつ頃

虫垂炎 () 肝臓病 ()

高脂血症 () 心臓病 ()

高血圧 () 糖尿病 ()

胃潰瘍 () 喘息 ()

その他 病名 () いつ頃 ()

手術を受けたことがあればお書きください。

()

うらもあります。ごらんください。

●今までに薬や食べ物でアレルギー症状（発疹、気分不快など）を起こしたことがありますか？

いいえ

はい・・・わかれば薬・食べ物の名前（ ）

●現在、飲んでいる薬はありますか？

いいえ

はい・・・わかれば薬の名前（ ）

●輸血したことはありますか？

はい

いいえ

●飲酒歴・喫煙歴をご記入ください

お酒： 飲まない

飲む →（毎日 合/本 ・ 時々 ・ 付き合い程度 ）

たばこ： 吸わない

吸う →（ ）歳より、（ ）本/日

●女性の方にお聞きします。妊娠している可能性はありますか？

はい

いいえ

●女性の方にお聞きします。授乳中ですか？

はい

いいえ

ご協力ありがとうございました。

お名前をお呼び致します。