ID　　H　　年　　月　　日

問診票（裏にも質問票があります）

身長　　cm　　体重　　Kg　　体温　　℃

フリガナ		生年月日	年齢	性別
お名前		明･大 昭･平　　年　　月　　日	才	男・女

1.　本日の来院目的はどのようなことですか

A,体調不良（主な症状　　）　　B. 検診（健診）で異常

C.紹介　　D.今後当院で慢性疾患の治療を希望（紹介状なし）

E.定期チェック　　F.その他（　　）

2.いつからどんな症状がありますか（A の体調不良の方以外は症状がなければ記載不要です）

＊いつから　：（　　）　から

＊風邪症状　：熱　頭が痛い　喉が痛い　咳　鼻水がでる　痰がでる
関節が痛い　下痢　吐き気　くしゃみがでる　だるい

＊おなか　：腹痛　おなかがはる　吐き気　食欲がない　下痢　便秘　血便

＊頭・神経　：頭痛が続く　めまいがする　しびれがある　動きが悪い

＊胸・心・腎　：胸が痛い　動悸　息切れ　胸の圧迫感　顔や体がむくむ

＊その他　；（出来るだけ具体的に詳しくお書きください）

＊その症状は　：　ずっと続いている　症状のないときもあるがほぼ毎日　たまに

3.治療方針、検査などで特に希望されることがありましたら書いてください

4.現在治療中の病気はありますか　　はい　・　いいえ

＊はいの方：　高血圧　高脂血症　糖尿病　痛風　狭心症　心筋梗塞　脳卒中
その他（　　）

5.現在の飲まれているお薬や市販薬、サプリメントなどはありますか　　ある　・ない

＊あるの方　（　　）

お薬手帳、薬剤提供書などお持ちの方はお見せください
裏も記載願います。

6.お薬や食べ物でアレルギーがでたことがありますか　　ある　・　ない
　＊あるの方　（　　）

7. 今までかかったことのある主な病気とかかった年を書いてください

8. お酒は飲みますか　　はい　・　いいえ
　＊はいの方　毎日　週に　　回
　　日本酒　ビール　ウイスキー　焼酎　その他　　CC

9. たばこは吸いますか
　はい　・　いいえ　・　以前吸っていた（　才で禁煙）
　　＊　1日　　本　　歳から　　年間

10.（女性の方のみ）現在妊娠中ですか
　　はい（　　か月）　・　可能性がある　・　可能性がない

11. 授乳中の方は下にお書きください
　お子様は　　か月　　断乳（　可　・　否　）

12. その他伝えておきたいことをご自由にお書きください

★ ご記入がすみましたら受付へご提出ください。
★ 待合室などでお名前を呼ばれたくない方は前もってお申し出ください
・当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか。(複数回答可)
　・近所に在住（通勤・通学路）　・広告（駅地図広告・看板広告）
　・当院公式ホームページ　・その他のインターネットサービス
　・知人の紹介　・他の医療機関からの紹介　・頼れるドクター
　・その他（　　）

ご協力ありがとうございました
相川みんなの診療所