問　診　票

フリガナ		男・女	生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日
氏　　名			身長　　cm	体重　　kg
住所　〒 電話番号（　　－　　－　　） 携帯番号（　　－　　－　　）				

以下の質問にわかる範囲でお答えください。

本日の症状についてお聞かせください。　本日の体温（　　度）

◇どのような症状がありますか。　（　　）

◇症状はいつからですか。　（　　）

◇今まで手術を受けたり、大きな病気、入院をしたことがありますか？

なし　・　あり（　　）

◇持病はありますか？あてはまるもの全てにレ点をつけてください。

□高血圧　□糖尿病　□高脂血症（コレステロール、中性脂肪）　□尿酸が高い　□心臓病

□喘息　□腎臓病　□肝臓病　□癌（部位　　）□脳出血、脳梗塞　□精神疾患　□骨粗しょう症

□その他（　　）

◇現在飲んでいるお薬はありますか？　**＊お薬手帳を持っていれば受付にお申し出ください。**

なし　・　あり（　　）

◇薬や食べ物のアレルギーはありますか？

なし　・　あり（　　）

◇タバコは吸いますか？

吸わない　・　吸う　（　　本／日　　年間）・やめた（　　本/日　　年間）

◇お酒は飲みますか？

飲まない　・　飲む（週　　日）/（時々）　種類・量（　　）

◇かかりつけの薬局はありますか？　なし　・　あり（　　）

◇女性のみ。　妊娠している可能性は？　なし　・　あり

授乳中ですか？　なし　・　あり

以下は任意でご回答下さい

◇当院に対するご希望を選択して下さい。（複数回答可）

□詳しい検査希望　□定期通院したい　□薬が欲しい　□点滴、注射がしてほしい

□かかりつけ医として健康について相談したい　□その他（　　）

◇当院をどちらでお知りになりましたか？（複数回答可）

□近所だから　□インターネット　□知人や友人の紹介　□家族が通院中　□広告、看板を見て

□通りがかり　□電話帳　その他（　　）

はやしファミリークリニック