《　問　　診　　シ　ー　ト　》

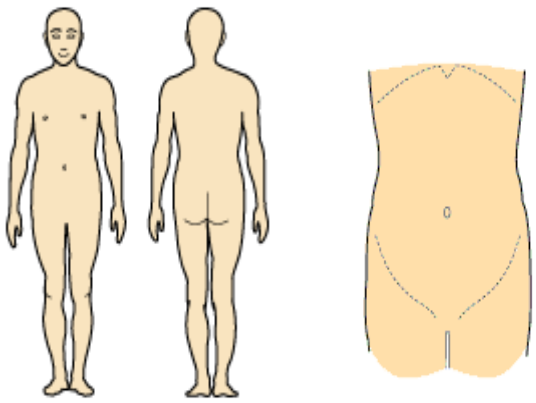
年　　月　　日

フリガナ お名前		男 ・ 女	年 齢 才	身 長 cm	体 重 kg	本日の体温 ℃
ご住所	〒＿＿＿＿＿＿＿＿		生年 月日	明・大・昭・平・令 年　月　日	電 話	（　　） －

1．当院をどのように、お知りになりましたか？

インターネット（ホームページ・医療系サイト）・知人から・立看板・電柱広告　・当院の近所・他院からの紹介・その他（　　）

2．具合の悪いところを具体的に記入して下さい。



いつから　：

どこが　　：

どのように：

3．現在治療中、または過去に大きな病気はありますか？

ない　・　ある　→　　年　　月頃から　病名：

4．現在飲んでいるお薬はありますか？

ない　・　ある　→　　薬品名：

5．お薬や注射、食べ物でアレルギー反応が出たことはありますか？

ない　・　ある　→　　薬品名：　　食品名：

6．家族(祖父母・両親・子ども)で病気をされた人はいますか？　例：糖尿病（父）

病名：　　（　　）　・　病名：　　（　　）

7．アルコールは飲みますか？

飲まない　・　飲む　→（　　回／週)、１回の種類と量は？（　　）

8．たばこは吸いますか？

吸わない　・　吸う（　　歳頃から　１日　　本ぐらい)

9．輸血をしたことがありますか？

ない　・　ある　→　（　　年頃)（　　歳頃)

10．女性のみ、お答えください。

現在妊娠していますか？　　はい（　　ヶ月）　・　いいえ　・　授乳中

11．おくすり手帳を持っていますか？

はい　→　（　本日持参　・　お忘れ　）

いいえ　→　（　必要　・　必要ない　）