

# 問診票

年 月 日

フリガナ		男・女	年齢	歳
お名前		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	
ご住所	〒			
電話番号		緊急連絡先 電話番号		
職業		体温		℃
身長		体重		kg

1. いつから、どのような症状がありますか

いつから：

症状：

2. 現在、他にかかっている医療機関はありますか

①ない ②ある（病名 ）（病院名 ）

3. 現在、服用中の薬はありますか

①ない ②ある（ ）

4. 今までに、大きな病気にかかったり、手術を受けたりしたことはありますか

①ない ②ある（病名 ）（手術名 ）

5. 今までに、薬や食べ物などでアレルギーが出たことはありますか

①ない ②ある（ ）

6. 飲酒、喫煙はされますか

飲酒 ①飲まない ②止めた ③飲む：（頻度 ）（種類 ）（1回量 ）

喫煙 ①吸わない ②止めた（ ）歳で ③吸う：1日（ ）本、（ ）年間

7. 体重の変化について教えてください

過去最大体重（ ）歳の時に（ ）kg、20歳の時の体重（ ）kg

最近の体重変化 ①変わらない ②増えた・減った（ ）か月で（ ）kg

8. 肉親に糖尿病、高血圧症、脂質異常症、心筋梗塞、脳梗塞、癌などの方はいらっしゃいますか

父親（ ）、母親（ ）、兄弟（ ）、他の方（ ）

9. （女性の方へ）現在、妊娠されていますか

①いいえ ②はい（出産予定日： ） ③授乳中 ④不明

10. その他、当院でご希望されることがあればご記入ください

11. 当院を何処で知りましたか

インターネット 家族・知人の紹介 近所に住んでいる 電柱広告 看板 通りがかり  
区役所のインフォメーション その他（ ）

このアンケートにご記入いただきました個人情報は、当クリニックにおいて以下の目的のために限り利用させていただきます。  
①患者様に安全・有効に診療を受けていただくため ②カルテへの記載 ③他医療機関などとの連携・情報交換