

一般問診票

初診の方は診療にお時間がかかることをご了承ください。

記入日 年 月 日

ふりがな	身長（おおよそ） cm
氏名	今日の体重 kg
ご職業	生年月日 年 月 日
住所〒	今日の血圧（上/下）、脈 / 、
電話番号	血圧、体重計が無ければクリニック で測定して下さい。

各種書類（薬手帳、紹介状、身体障害者手帳、医療減額証など）お持ちであればご提出願います。

次の1～6にお答えください。適切な診療のためにできるだけ詳しく記載してください。

1) 今日はどのような症状、きっかけで受診されましたか。

受診のきっかけ []

どのような症状がありますか。

[]

上記の症状はいつ頃からですか。 []

ききたいことはありますか。

[]

2) 今までにかかった病気、または現在かかっている病気はありますか。全てお書きください。

いいえ はい

喘息がある場合は
必ず記入願います

病名：
入院歴： なし あり 病院名（ ） いつ頃（ ）
現在も飲んでいる薬： お薬手帳ご持参の方は記入不要です。

裏面もあります。

3) タバコは吸ったことがありますか。ある場合は時期と本数を教えてください。

いいえ はい

今も吸っている	1日	本(歳から)
今は吸っていない	1日	本(歳から 歳まで)

4) お酒は飲みますか。飲む場合は内容(頻度・種類・量)について詳しく教えてください。

いいえ はい

内容: 例) 週3回 ビール350ml缶2缶、焼酎水割り1杯

5) お薬や食べ物のアレルギーはありますか。ある場合は内容も教えてください。

いいえ はい

お薬 :
食べ物 :

6) 女性の方にお伺いします。

現在妊娠中ですか

いいえ はい

妊娠予定、希望はありますか

いいえ はい

本日月経中ですか

いいえ はい

出産予定日	月	日
現在第	週	
妊娠前の体重		kg

以上です。ご記入ありがとうございました。ご来院時に受付にご提出願います。