

問 診 票  
予 約

受 付

フリガナ		男 女	生 年 月 日	大正 昭和	年	月	日
氏名				平成 令和	(	歳	か月
住所 〒							
電話番号				携帯番号			

血圧： / mmHg 脈拍 /min 体温 °C 身長： cm 体重： kg

1.いつ頃からどのような症状がありますか。

2.今までにかかった病気はありますか。現在かかりつけの病院はありますか

3.今までに受けた手術はありますか。 (例) 平成14年 虫垂炎手術

なし あり ( )

4.今飲んでいる薬がありますか。 お薬手帳を提出していただければ記入の必要はありません。

なし  
あり ( )

5.食べ物・薬品でアレルギーがありますか。

なし あり ( )

6.タバコは吸いますか？ 吸わない

現在吸っている 歳～ 本/日  
禁煙した…吸っていた期間 歳～ 歳 ( 本/日 )

7.アルコールは飲みますか？ 飲まない

月1回程度(機会飲酒) ・ 週 日程度 毎日 ml位 種類 ( )

8.家族歴 血縁の方で下記の病気の方はいらっしゃいますか

なし ・ 高血圧 糖尿病 高脂血症 脳梗塞 脳出血 心筋梗塞 がん ( ) その他

9.女性の方へ

現在妊娠 [ している ・ していない ・ わからない ] [最終月経 月 日より 日間]  
授乳中ですか。 [ はい ・ いいえ ]