

問 診 票

ふりがな

お名前

男 ・ 女

生年月日

年

月

日生()歳

ご住所 〒

お電話 ()

携 帯 ()

ご職業

1. 本日の症状について

①どのような症状ですか

②いつ頃からそうになりましたか

()

③以前にも同じようなことがありましたか

()ある ()ない

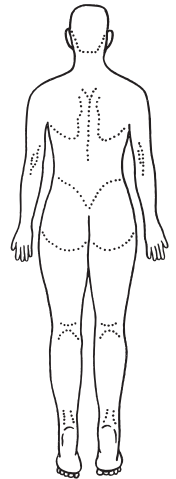
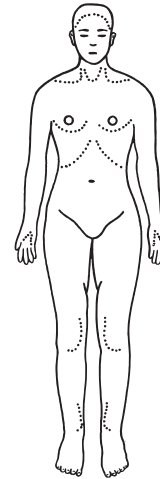
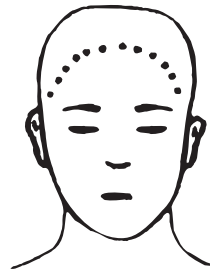
④今までどうしていましたか

()何もしていない

()売薬をつけていた

()他院にかかっていた

⑤場所はどこですか
(○をつけて下さい)



2. 今までにかかったことのある病気、現在治療中の病気はありますか

()ない

()糖尿病 ()心臓病 ()腎臓病 ()肝臓病 ()高血圧

()胃十二指腸潰瘍 ()緑内障 ()前立腺肥大

その他()

3. 現在飲んでいる薬はありますか

()ない

()ある → 薬の名前()

※お薬手帳、説明書をお持ちの方は、診察の際にお見せ下さい

4. 今までに薬や注射で具合が悪くなったことや、かぶれたことはありますか

()ない

()ある → 薬の名前()

5. 女性の方のみお答えください

現在妊娠の可能性はありますか

()ない ()ある もしくは ()妊娠中__ヶ月 ()授乳中

6. 一緒に住んでいる方は何人ですか (あなた以外で 人)

7. 特にお聞きになりたいことがあれば記入してください