

## 問診票

平成 年 月 日

ふりがな: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_ 生年月日: M/T/S/H 年 月 日生 ( 才)

〒 \_\_\_\_\_ ・住所: \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg 脈拍 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 分

これはより良い診療をお受け頂けるように、あらかじめ症状についてお知らせ頂くものです。できればご自身でお書き下さい。

1・どのような症状があつて、本日来院されましたか？

体温= \_\_\_\_\_ °C

・それはいつ頃からですか？

2・上記の症状で他院を受診されましたか？ ( はい ・ いいえ )

さしつかえなければ、病院名をご記入下さい。 ( \_\_\_\_\_ )

3・ご自身がこれまでにかかった大きな病気、けがについてご記入下さい。

4・飲酒量 1回 ( \_\_\_\_\_ ) (例 350ml 缶ビール〇本) 回数 ( \_\_\_\_\_ 日) / 週

喫煙 ( \_\_\_\_\_ 本 / 日 × \_\_\_\_\_ 年間)

海外旅行 (一年以内) 有・無 (渡航先 \_\_\_\_\_ ) 輸血歴 有・無

5・現在服用している薬がありましたら、ご記入下さい。 ( あり・なし )

(薬剤名 \_\_\_\_\_ )

6・これまで薬によって、発疹、その他の副作用、を経験した事がありますか？ ( ある・なし )

経験のある方は薬品名もご記入下さい。 ( \_\_\_\_\_ )

7・アレルギーはありますか？ ( ある・なし )

何のアレルギーですか？ ( \_\_\_\_\_ )

事務の手続き上、保険証のコピーを取らせて頂きますので、ご了承下さい。ご協力ありがとうございました。

〒168-0065 東京都杉並区浜田山2-20-20  
医療法人社団敬誠会保元クリニック  
医師 保元明彦  
TEL 03-5357-3630 FAX 03-5357-3631