問　診　票

フリガナ お名前		性別	生年月日
		男・女	明・大 昭・平
住　所	〒		
自宅電話	（　　）	携帯電話	（　　）

身長	ｃｍ	体重	ｋｇ	体温	℃

① いつ頃から、どのような症状でしたか
　いつ頃から（　　）
　どのような症状ですか　（　　）

② その症状について他の医療機関に受診されましたか　・はい　・いいえ

③ 現在飲んでいるお薬はありますか　（最近まで飲んでいたお薬はありますか）
　・はい　・いいえ　「はい」の方は具体的にお薬の名前をお書きください
（　　）

④ 過去に大きな病気で入院や手術をしたことがありますか
　・はい　・いいえ　「はい」の方は病名等お書きください
（　　）

⑤ 食欲　（　普通　　あまりない　　まったくない　）

⑥ 便通　（　普通　　便秘　　下痢）　排便回数　（　　回／日）

⑦ アレルギーはありますか
　・はい　・いいえ　「はい」の方はその種類等をお書きください
（　　）

⑧ 今まで飲み薬や注射で、身体がかゆくなったり、湿疹が出たり、
気分が悪くなった事がありますか　・はい　・いいえ　「はい」の方は具体的にお書きください
（　　）

⑨ お酒は飲まれますか　・はい　・いいえ
「はい」の方は　お酒　週　回　合

⑩ タバコは吸われますか　・はい　・いいえ
「はい」の方は　タバコ　１日　本　年間

⑪ 現在妊娠中またはその可能性がありますか（女性の方）　・はい　・いいえ

⑫ 院外処方を希望されますか？　・はい　・いいえ
（ジェネリック医薬品をご希望の場合は、院外処方をお選びください）

⑬ どのようにして当院をお知りになりましたか？
　・ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞを見た　・雑誌で見た　・勤務先が近い　・ご自宅が近い
　・ご紹介　・その他（　　）

山王メディカルクリニック