

問診票

お手数ですが下記の項目にお答え下さい。

診療をスムーズに行うための問診票です。ご協力下さい。

平成 年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	生 年 月 日
氏 名	様		明治・大正・昭和・平成 年 月 日 生
住 所	〒 []-[]		
	電話 () -		

1. 今日はどのような症状で受診されますか？ あてはまる項目に ○ をして下さい	発熱 _____℃ 喉が痛い 咳が出る さむけ 息苦しい 吐き気 嘔吐 下痢 めまい 頭・胸・お腹が痛い その他 ()	
その他の症状は () にご記入下さい		
1-1) 症状はいつからですか？	今日・ _____日前から・ _____週間前から	
2. 今までに、右記のような病気にかかれた ことがありますか？ あてはまる病気に ○ をして下さい	高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 腎臓病 喘息 結核 貧血 胃腸の病気 脳梗塞等の脳疾患 その他 ()	
3. 今までに薬や食品で副作用・アレルギーが でたことがありますか？	はい 薬品名： _____ 食品名： _____ いいえ	
4. 嗜好品について	たばこ	吸う 1日に () 本位 () 年間 吸わない
	お酒	飲む 毎日 週に () 日位 ビール・日本酒・焼酎 1日 () 本位 ウイスキー・ワイン 飲まない

ご協力ありがとうございました。

ご記入いただきました「問診票」は受付にご提出下さい。

お名前をお呼びさせていただくまで、待合室でお待ち下さい。



かいこうクリニック