

# < 問 診 票 (一般用) >

年 月 日

初診の方、いつもおかかりつけの病気でなく受診される場合も 可能な範囲で ご記入ください。  
病気・症状・紹介状の有無 によっては、お呼びする順番 が 多少前後する場合もございます。  
ご理解・ご協力 のほど何卒よろしく申し上げます。

フリガナ	生年月日
氏名： (男・女)	年 月 日( 歳)
住所： 〒 -	
電話番号：	職業(業種)：

☆今回の症状： 体温 \_\_\_\_\_℃

☆いつからですか？：

☆持病はありますか？ (  なし  喘息  花粉症  アレルギー性鼻炎  アトピー )  
その他・・・ \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ 歳  
\_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ 歳

☆アレルギーはありますか？  特になし  
 ある(薬、食べ物など)  
 その他(金属、アルコール綿など)

☆ペットは飼ってますか？ ..... (種類： )

☆お酒は飲みますか？  はい ( 毎日飲む ・ 週3~4日 ・ たまに飲む )  
 いいえ ( 全く飲めない ・ 禁酒中 )

☆タバコを吸ったことがありますか？  はい ( 今も吸っている ・ 以前吸っていた )  
\_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 歳まで1日平均 \_\_\_\_\_ 本  
 いいえ 全く 吸ったことがない

☆該当する方へ..... 現在 (  妊娠中  妊娠の可能性は否定できない  授乳中 )

たくさんご協力ありがとうございました。

\* 当院では オンライン資格確認 により患者様の診療情報(内服歴・健康診断歴)を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。