

ID

問診表

年 月 日

氏名	ふりがな	生年月日	/ / (歳)	男 女
		携帯電話		
※18歳未満は保護者の電話番号をご記入ください				

・本日の症状をご記入ください

・いつからですか？

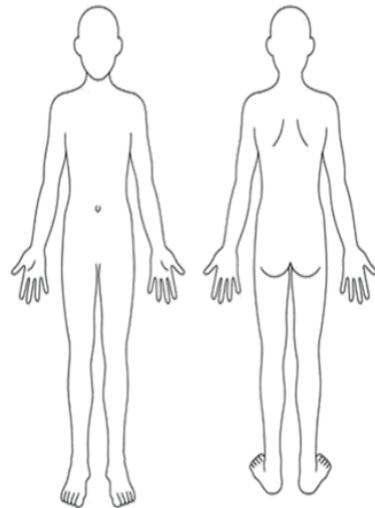
【 外傷の場合 】

※工作中的のけがですか？ はい いいえ

※労災対応となります

※交通事故ですか？ はい いいえ

症状の場所を○で囲んでください



◆いま現在治療中の病気、または、過去にかかった病気はありますか？

ない
ある ⇒ 高血圧 糖尿病 脂質異常症(高コレステロールなど) 腎疾患
心臓病(不整脈、狭心症など) 呼吸器疾患(喘息など) 前立腺肥大
緑内障 その他()

▶通院している病院を教えてください()

◆現在、飲んでるお薬はありますか？

ないある ⇒ ・お薬手帳はお持ちですか？ ⇒ はい いいえ

※お持ちの方は問診表と一緒にスタッフへお渡しください

※お持ちでない場合はご記入ください ⇒ 薬名 _____

◆薬や食べ物にアレルギーはありますか？

ないある ⇒ _____

◆女性の方にお聞きします

・妊娠中ですか？

いいえはい _____ 週目

・授乳中ですか？

いいえはい

◆他にご心配な事・ご相談したいことはありますか？

当院は 診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めております。
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。