

問診票

カルテID _____

受付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

当院を初めて受診される方、お久しぶりの方は、問診票のご記入をお願いします。
お薬手帳をお持ちでしたら受付にお出してください。

(フリガナ)	
氏名	男性 ・ 女性
生年月日	大正・昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)
住所 〒 _____	_____ 市・区・町
都・県	_____
携帯電話 (_____)	_____ / 固定電話 (_____) _____
身長	_____ cm / 体重 _____ kg

1. 本日はどのような症状でお困りですか？（受診理由）

(_____)

2. 症状が出たのは いつ頃からですか？

(なるべく具体的に 例：〇日前から〇〇です。 〇月〇日頃より〇〇です。)

(_____)

3. 現在、治療中の病気がありますか？

ある (_____) ない

4. 現在、服用されているお薬はありますか？（お薬手帳をお持ちでしたらご提出ください。）

ある (_____) ない

5. これまでにかかった大きな病気や手術はありますか？

(記入例：〇〇才で〇〇の手術)

ある (_____) ない

6. 薬や食べ物等でアレルギーを起こしたことがありますか？

ある (_____) ない

質問は以上です。受付に提出してください。