問　診　票

年　　月　　日

氏名	フリガナ	性別	男・女	生年月日	年　　月　　日生 （　　歳）
現住所 〒　　ー 都道府県　　市区町村					
電話番号　自宅　（　　）　携帯番号　（　　）					

1.本日はどうなさいましたか？（本日受診の目的をお書きください。）

2.その症状はいつ頃からですか？

3.現在治療中の病気はありますか？

ない　・　ある　➡（病名:　　）

4.現在、当院以外でかかっている病気はありますか？

ない　・　ある　➡（病名:　　病院名:　　）

5.現在、服用中の薬はありますか？

ない　・　ある　➡（お薬名:　　）

6.今までにあわない薬やアレルギーがありましたらお書きください。

ない　・　ある　➡（　　）

7.お酒を飲みますか？

飲まない　・　飲む　➡　1日に（　　）を（　　）mlくらい

8.タバコは喫いますか？

喫わない　・　喫う　➡　1日に（　　）本くらいを（　　）年間

9.身体情報を教えてください

身長:（　　）cm 体重:（　　）kg　体温:（　　）℃

10.当院を受診されたきっかけ

近隣に住んでいる・知人の紹介・インターネット・看板・その他（　　）

◎女性の方にうかがいます。

11.現在妊娠されていますか？　いいえ　・　わからない　・　はい（　　週目）

12.現在授乳はされていますか？　いいえ　・　はい

※ご記入いただきました個人情報は診療業務以外の目的で使用することは一切ございません。

かなざわクリニック