問　診　票

フリガナ		性別
氏名		□　男　　□女
生年月日	M　T　S　H　　年　　月　　日　（　　歳）	
住所	〒　　－	
TEL	（　　）　　－　　携帯	
職業		体重（　　）ｋｇ　身長（　　）ｃｍ
紹介状の有無	□　あり（病院名　　）　　□　なし	

診察の参考にしたいと思いますので、あてはまる所にレ点でチェックするか、記入してください。

1.今日はどうされましたか。具体的に、またいつ頃からということも書いてください。

（いつから）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（どこが）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（どのように）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2.現在、治療中の病気はありますか。

□はい　（病名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□いいえ

3.今までに、下記の病気をしたことがありますか。

□　ある　（高血圧、糖尿病、心臓病、結核、肝炎、胃潰瘍、喘息）

□　いいえ

4.たばこを吸いますか。

□　吸う（1 日　　本位）（何年間　　）

□　吸わない

□　禁煙した（いつから　　）

5.アルコールを飲みますか。

□　飲む（1 日ビール　　本、　酒　　合）

□　ときどき飲む

□　飲まない

6.今までに、体に合わなかった薬や注射はありますか。

□ある（　　）

□ない

7.女性の方にお伺いします。

現在妊娠中ですか？　　□はい　□いいえ

現在授乳中ですか？　　□はい　□いいえ

これから妊娠の予定はありますか？　□はい　□いいえ

記入が終わりましたら受付へ提出してください。

むらいクリニック