

年 月 日

# 問診票

体温 \_\_\_\_\_℃

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) 大・昭・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_

職業 \_\_\_\_\_ 住所 〒 \_\_\_\_\_

本日はどのような症状でおこまりですか (○をつけて下さい)

- ・発熱 ・のどが痛い ・セキ ・頭痛 ・発疹 (湿疹など) ・動悸 ・めまい ・体重減少 ・高血圧  
・腹痛 ・食欲不振 ・吐き気 ・下痢 ・血便 ・疲れやすい  
・その他 ( )

下記の病気にかかった事がありますか (ある・ない)

高血圧 高コレステロール血症 糖尿病 胃潰瘍 肝炎  
気管支喘息 緑内障 不整脈 前立腺肥大 ( ) 癌

手術をされたことはありますか (はい・いいえ)

あると答えた方・・・わかれば病名と治療内容を ( )

現在服用しているお薬があれば教えてください。

( )

アレルギーはありますか (はい・いいえ)

食べ物： 薬剤：

花粉症

タバコは吸いますか (はい・いいえ)

お酒はのみますか (はい・いいえ)

1日 ( ) 本 ( ) 年間 週に ( ) 回程度

当診療所を何でお知りになりましたか (いずれかに○)

- |                            |                 |          |
|----------------------------|-----------------|----------|
| 1 知り合いからの紹介や口コミ            | 2 新聞などの広告       | 3 ホームページ |
| 4 医療機関からの紹介 (医療機関名： _____) | 5 その他 ( _____ ) |          |

あなたが望む治療方針について教えてください。

- |                             |
|-----------------------------|
| 1 できる限りの医療を受けて、最善の治療を希望します。 |
| 2 必要最小限の検査や治療 (薬) を望みます。    |
| 3 お使用者さんにお任せします。            |

ご記入が済みましたら、受付にお出してください。ご協力ありがとうございました。