

問診票

フリガナ

氏名 _____ (男・女) 受診日 平成 年 月 日

〒 _____ ☎ _____ 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 才

ご住所 _____ 身長 _____ cm

ご職業 _____ 体重 _____ kg 体温 _____ 度

◇ いつ頃からどのような症状でお困りですか？（痛みなどのある場合は その部位もお書きください）

◇ 今までにかかられた病気に○を付けてください。また、それはいつ頃(または年齢)ですか？

時期／年齢	時期／年齢
虫垂炎 ()	肝臓病 ()
腎臓病 ()	心臓病 ()
高血圧 ()	糖尿病 ()
胃かいよう ()	喘息 ()
その他 ()	

◇ 現在飲まれているお薬がありますか？ (はい ・ いいえ)

◇ 今までにお薬や食べ物でアレルギー(体にぶつぶつが出る、気分が悪くなる)を起こしたことがありますか？

(はい ・ いいえ)

はいの方・・・わかればその名前をお書きください ()
()
()

◇ 女性の方のみお答えください

妊娠中ですか？ (はい・いいえ) 授乳中ですか？ (はい・いいえ)

月経 (順調・不順) 最終月経 (月 日 ~ 月 日)

閉経 (才)

◇ 当院では院外処方を採用しております。かかりつけ薬局がおありでしたらお教えてください。

()

ご協力ありがとうございました。



いとうクリニック

ito clinic