

# 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