

問 診 票

令和 年 月 日

体温	. °C
----	------

フリガナ		男・女	生 年 月 日	
氏 名			大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	
住 所	〒	電話番号		
		携帯電話		
		メールアドレス		

◆ 今日はどのようなことで受診されましたか。☑でお答えください。

- 乳腺 肛門 甲状腺 お腹(下痢、嘔吐、腹痛、胃)
 かぜ 血圧 泌尿器
 けが 業務災害 交通事故
 健康診断で要精密検査 健康診断希望 自費診療
 その他 ()

◆ どのような症状がいつからあったか、はじめから順に書いてください。

症 状	
いつから	

◆ 今までにかかった病気はありますか。

--

◆ 現在内服中の薬

- なし あり ()

◆ 今までアレルギー・特異体質といわれたことがありますか？

- なし あり(薬: 食品: その他)

◆ 女性の方のみお答え下さい。 妊娠中 授乳中 生理が不順

◆ もし悪性疾患と診断された場合には、その疾患の病状をきくことを希望されますか。 はい いいえ

◇ 当院にいらしたきっかけを教えてください。

- 通りがかりに当院を見つけた 知人の紹介・勧め かかりつけ医師の紹介
 ホームページを見て その他 ()

◇ その他、伝えたいことがあればお書きください。

--