

問診票 (1/2)

ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	体温
氏名		生年 月日	(T・S・H・R) 年 月 日 (才)	°C
住所			電話番号	
〒			() -	
			<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設	
			携帯電話 (緊急時連絡先)	
※施設に入所している方は施設名と住所もご記載ください 〔 〕			() -	
			※本人の連絡先ではない場合は、 続柄をお書きください ()	

●この1年間で健康診断を受診しましたか？

- 受診した → いつ頃ですか？
指摘事項はありましたか？
 受診していない

●お薬手帳はお持ちですか？

- あり → 受付へご提示ください。
 なし → 現在服薬しているお薬はありますか？
 なし あり 薬剤名〔 〕

●女性の方は、現在妊娠中または授乳中ですか？

- 該当なし 妊娠中 (週目) 授乳中

裏面に続きます。

また、よろしければ以下にもご回答ください。

●当クリニックはどちらでお知りになりましたか？ (当てはまるものすべてにチェックをお願いします)

- 他の医療機関 ()
 知人・家族の紹介 ()
 インターネット検索 (Google・Yahoo・その他) ()
 その他 ()

問診票 (2/2)

1 今いちばんお困りのことはなんですか？（当クリニック受診の理由）

年 月頃（ 才頃）から、

2 思いつく原因をご記入ください。

3 この問題で他の病院を受診したことはありますか？

病院	科	年頃受診
病院	科	年頃受診

4 今までかかった、身体の病気をご記入ください。

病名：	（ 才～ 才頃）	病院
病名：	（ 才～ 才頃）	病院

5 今までに薬や食べ物に対するアレルギー（じんましんが出る、気分が悪くなるなど）

はありましたか？

あり → 薬や食べ物の種類
 なし

6 お生まれになった場所はどこですか？

(都・道・府・県) (市・町・村)

7 最終学歴をご記入ください。

学校名 (中退・卒業)

8 職歴

才～ 才まで：
才～ 才まで：
才～ 才まで：

9 ご家族についてお聞かせください。

患者様は何人兄弟ですか？ 人 弟兄姉妹の何番目ですか？ 番目

父 才 職業： (同居・別居・死亡)
母 才 職業： (同居・別居・死亡)
配偶者 才 職業： (同居・別居・死亡)
子供 人 (男 人、女 人) (同居・別居・死亡)

ご家族の人間関係について、特記すべきことがあればご記入ください。
