

ID ()

問 診 票

令和 年 月 日

フリガナ		生年月日	明 大 年 月 日	男 ・ 女
氏 名			昭 平 (才)	
住 所	〒 -	電話番号	自宅 () - 携帯 - -	

1. 本日受診することになったおもな症状をご記入下さい。 (体温 °C)
(いつから、どこが、どのように、どうなった)

2. 今までにかかったおもな病気はありますか。(ある方は下記に○をつけてください)

・糖尿病 ・胃潰瘍 ・十二指腸潰瘍 ・高血圧症 ・高脂血症 ・肝臓 ・腎臓 ・心臓 ・甲状腺などの病気
・その他 ()

3. 他の病院で治療中の病気はありますか。

なし あり ()
現在飲んでいる薬 ()

4. 今までに手術を受けたことはありますか。

なし あり (いつ頃 どのような)

5. 食べ物や薬、注射のアレルギーはありますか。(蕁麻疹が出たり、気分が悪くなったりしたことなど)

なし あり ()

6. お酒は1日どれくらい飲みますか 飲まない ・ 飲む 酒 _____ 合/日
ビール _____ 本/日

7. タバコは1日どのくらい吸いますか 吸わない ・ 吸う _____ 本/日 年間

8. 当院では、漢方薬の治療も行っております。ご希望されますか。

希望する 希望しない

女性の方にお尋ねします。

9. 現在妊娠していますか。または妊娠している可能性がありますか。

はい (現在 _____ ヶ月) いいえ わからない

10. 現在授乳中ですか。

はい いいえ