

ID

受付 年 月 日

問診票

ふりがな	男 女	生年月日	年	月	日
ご住所 〒		自宅電話番号	携帯番号		
勤務先名	勤務先電話番号				
その他連絡先電話番号					

1 今日どのような症状もしくは目的で来院されましたか？
症状／目的

※院内(非接触)	°C
※院内(接触)	°C

それはいつ頃からですか？

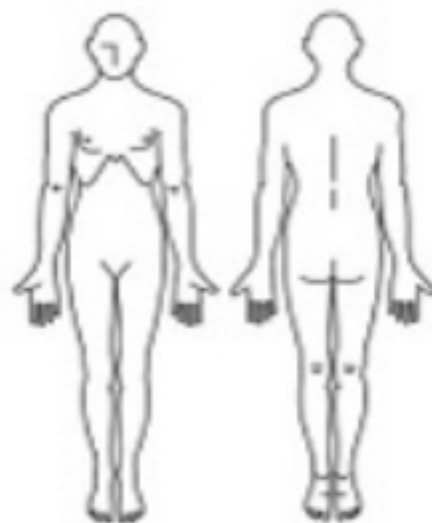
2 今回の症状でどちらかの病院にかかりましたか？
(いいえ／はい 病院・医院名：)

3 現在治療を受けている病気はありますか？
(いいえ／はい)



病名 病院・医院名

薬の名前



4 今までにかかった病気、怪我、手術はありますか？ *症状のある部位に○をして下さい
(いいえ／はい 病名 病院・医院名)

5 アレルギーはありますか？ ある方は具体的にお書きください。
(いいえ／はい 薬 食べ物 その他)

6 煙草は吸いますか？
(いいえ／はい 1日 本)

7 お酒は飲みますか？
(いいえ／はい ()を1日・1週間に ()くらい)

8 女性の方に
現在妊娠中もしくは妊娠している可能性はありますか？ (いいえ／はい) (週)
現在授乳中ですか？ (いいえ／はい)

9 小児科受診の方に
お子さんの体重はいくつですか？ ()

10 当院をどちらでお知りになりましたか？ (複数選択可)
・ 当院ホームページ ・ 知人の紹介 ・ 近所 ・ グーグル検索 ・ 駅広告 ・ 電柱広告
・ ツイッター ・ その他検索サイト () ・ それ以外 ()