

( 月 日 )

# 問診票

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 (男・女) 職業 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_

緊急連絡先 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 脈拍 \_\_\_\_\_ 拍 血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 体温 \_\_\_\_\_ °C

① 次の質問にお答えください (該当するものに○をして下さい)

- ・アレルギー (ある ( ) ・なし) ・飲酒 (飲む ・ 飲まない)
- ・糖尿 (ある ・ なし) ・喫煙 (吸う ( 本/日) ・ 吸わない)
- ・妊娠していますか (はい ・ いいえ) ・授乳中 (はい ・ いいえ)
- ・今までに大きな病気にかかりましたか? (はい ・ いいえ)

② どのような症状・病気でお困りですか?

③ それらの症状・病気はいつから、どのような経過ですか?

④ 現在他の医療機関におかかりですか? 医療機関で薬をもらっている方、市販薬・補助食品(サプリメント)をのんでいる方は下にご記入ください。

はい・いいえ

※お薬手帳または薬剤情報提供書をお持ちの方は、受診当日に受付へご提示下さい。

⑤ 現在血液を固まりにくく、サラサラにする薬を飲んでいらっしゃいますか?

はい・いいえ

当院を何で知りましたか?

ご協力ありがとうございました。

( )

健友堂クリニック