

年 月 日

# 問 診 票

フリガナ 氏名 (男・女) 生年月日 年 月 日 才  
住所 〒 電話番号 ー ー  
携帯番号 ー ー

1. 今日ほどこの具合が悪くて来院されましたか？ (○印を付けてください)

- (1) 風邪の症状 ( 熱・ せき・ 鼻水 )
- (2) 胃痛、むかつき、吐き気
- (3) 腹痛、下痢、便秘
- (4) 泌尿器 ( トイレに近い・ 排尿痛・ 血尿・ かゆみ )
- (5) 肛門 ( 痛み、脱出、血便 )
- (6) 禁煙
- (7) 自費診療 ( 健 診 ・ ワクチン )
- (8) その他

2. それはいつ頃からですか？

年 月 日 ごろから

3. 今までに病気にかかり、手術をうけたりしたことがあればお書きください。  
(何才の時にどんな病気、手術ですか？)

4. 現在ほかの病気で病院、医院にかかっていますか？ ( はい・ いいえ )  
(かかっている場合は、その病院、医院の名称と病名をお書きください)

5. 現在、なにかお薬を飲んでいますか？ ( はい・ いいえ )  
(飲んでいる場合は、お薬の名前がわかればお書きください)

6. お薬によるアレルギーはありますか？ ( はい・ いいえ )  
(そのお薬の名前がわかればお書きください)

7. 家族の中に病気にかかった方がいればできるだけ詳しくお書きください。