

ID :

## 問診票

年 月 日

ふりがな				
名前	男・女			
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日生 (満 歳)	
住所	〒	身長	cm	
		体重	kg	
自宅・携帯			体温	℃
緊急連絡先				

① 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

看板・ホームページ・紹介・タウンページ (紹介者名: )

② 今日はどうされましたか？それはいつ頃からですか？(経過を教えてください)

③ これまでに病気にかかったことがありますか？(ある・ない)

高血圧・糖尿病・脳梗塞・心臓病・喘息・肝臓病・結核・前立腺肥大・緑内障  
その他 ( )

④ 現在、通院中の病院・医院はありますか？(ある・ない)

ある方は、病院名と服薬中のお薬をご記入ください

病院名 ( ) 薬 ( )

⑤ 食べ物や薬でのアレルギーがありますか？(ある・ない)

ある方は具体的に記入してください。( )

⑥ 嗜好品について

たばこ (吸わない・吸う 本/日)・以前吸っていた ( 頃)

アルコール (飲まない)

(飲む 頻度: 毎日・時々・ほとんど飲まない) 量: 種類: )

⑦ 女性の方のみ 妊娠中ですか？(はい・いいえ) 授乳中ですか？(はい・いいえ)

生理中ですか？(はい・いいえ)

⑧ 手術を受けたことはありますか？(はい・いいえ)

⑨ 輸血を受けたことはありますか？(はい・いいえ)

⑩ コロナワクチン接種 1回目 年 月 日 2回目 年 月 日 (ファイザーor モデルナ)

3回目 年 月 日 (ファイザーor モデルナ) 未接種