

# 問 診 票

(わかる範囲でお答えください)

年 月 日

|         |                               |
|---------|-------------------------------|
| ふ り が な |                               |
| 氏 名     | 男 ・ 女                         |
| 生 年 月 日 | ( 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ) 年 月 日 ( 才 ) |

**初めての方、変更のある方はご記入をお願いします。**

|       |           |
|-------|-----------|
| 住 所 〒 |           |
| T E L | [自宅] [携帯] |

|  |
|--|
| ①いつ頃から、どのような症状でしたか？ (体温) _____ °C<br>いつ頃から：<br><br>どのような症状ですか？：                                    |
| ②現在、他の医療機関にかかっていますか？ ( はい ・ いいえ )<br>『はい』の方…病名( ) 病院・医院名( )  |
| ③常用しているお薬はありますか？ ( はい ・ いいえ )<br>『はい』の方…お薬名( )   |
| ④過去に大きな病気で入院や治療を受けたことがありますか？ ( はい ・ いいえ )<br>『はい』の方…( 才頃)、病名( )                                    |
| ⑤アレルギーはありますか？<br>食べ物：いいえ はい 『はい』の方…食べ物( )<br>薬 剤：いいえ はい 『はい』の方…薬剤 ( )                              |
| ⑥嗜好品についてお答えください。<br>酒 : 飲む(1日 本) ・ ときどき ・ 飲まない<br>たばこ：吸う(1日 本) ・ 以前吸っていた ・ 吸わない                    |
| ⑦女性の方のみお答えください。<br>妊娠中ですか？( はい ・ いいえ ・ 可能性あり ) 授乳中ですか？( はい ・ いいえ )<br>↑はいの方は出産予定日をご記入ください。( 年 月 日) |

**【☆アンケートにご協力下さい。】**

こちらのクリニックをどのように知りましたか？(当てはまるもの全てに○を付けてください。)

看板を見た ・ ホームページを見た ・ 知り合いからの紹介

その他( ) ご回答ありがとうございました。

**すこやかファミリークリニック**