

# 問 診 票

令和 年 月 日

カルテ No.					
名 前	フリガナ		紹介状 なし ・ あり		
			医療機関名[ ]		
生年月日	T · S · H	年	月	日	性 別 男 ・ 女 満 歳
住 所	〒 -			身長	cm
				体重	kg
電話番号		電話番号		体温	☒

☒ **どんな症状がありますか？** ☒ 一番気になる症状をお書きください。  
 [希望診療科] 内科 ・ 外科 ・ 皮膚科 ・ 下肢静脈瘤 ・ ED 治療 ・ 美容  
 AGA 治療 ・ 禁煙治療 ・ 巻き爪治療 ・ その他[ ]  
 [いつから?] \_\_\_\_\_  
 [どこが、どのような症状ですか?] \_\_\_\_\_

**通院中の病気はありますか？**

いいえ ・ はい \_\_\_\_\_

☒ **内服中のお薬はありますか？** (はいの場合はご記入いただくかお薬手帳を受付にお渡しください)

いいえ ・ はい \_\_\_\_\_

☒ **今までにどんな病気をしましたか？** (下記の疾患があれば☒をつけてください。)

喘息 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 心臓病

手術: \_\_\_\_\_

その他: \_\_\_\_\_

☒ **薬のアレルギーはありますか？**

いいえ ・ はい \_\_\_\_\_

☒ **食べ物のアレルギーはありますか？**

いいえ ・ はい \_\_\_\_\_

☒ **タバコは吸われますか？**

いいえ ・ はい [1 日量 ]

**過去にタバコを吸った事がありますか？**

いいえ ・ はい [いつまで ]  
 [1 日量 ]

☒ **お酒は飲まれますか？**

いいえ ・ はい [種類 ]

[1 日量 ]

☒ **女性の方にお聞きします。**

現在、妊娠の可能性はありますか？

いいえ ・ はい

授乳中ですか？

いいえ ・ はい

☒ **本日はお車でお越しですか？**

いいえ ・ はい

☒ **当クリニックに来院されたきっかけは何ですか？**

知人の紹介 ・ 他の医療機関からの紹介 ・ ホームページ ・ 通りがかり  
 その他 ( )

