

# 問診票

ふりがな  
氏名

男 女

生年月日 明治 大正  
昭和 平成 年 月 日

年齢 才

職業

住所

電話番号

携帯電話番号

○ 生活習慣について。

タバコ： ①吸ったことがない。

②吸っていたが止めた。（一日 本を 年間、禁煙後 年）

③現在も吸っている。（一日 本を 年間）

○ 女性の方のみお答えください。

現在妊娠している可能性はありますか。もしくは授乳中ですか。

・はい

・いいえ

最終月経はいつでしたか。

\_\_\_月\_\_\_日から\_\_\_日間

○ これまで飲み薬や注射、食べ物などで皮膚に発疹やじんま疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。

・はい 内容 \_\_\_\_\_

・いいえ

○ 当クリニックではしばしば漢方薬を処方します。粉薬が苦手な方はその旨お書き下さい。

大丈夫

苦手

○ 当クリニックを何でお知りになりましたか。

ダイレクトメール／駅の看板／通りがかり／知人の紹介／

インターネット（yahoo、インフォシークなど検索エンジン／病院検索サイト／その他）

その他（ \_\_\_\_\_ ）

**次ページもご記入下さい**

1. 今日はどうなことで受診されましたか。(いつから、どのような症状がありますか。現在、何が一番つらいですか)。

2. そのことで医療機関を受診していますか。

- ・はい (医療機関名 \_\_\_\_\_)
- ・いいえ

3. 現在内服しているお薬があれば教えてください。お薬手帳がある方は結構です。

4. これまでかかった病気について。

_____才頃	(病名:	_____	、手術の有無;有 無)
_____才頃	(病名:	_____	、手術の有無;有 無)
_____才頃	(病名:	_____	、手術の有無;有 無)
_____才頃	(病名:	_____	、手術の有無;有 無)

5. 気になること、心配なことやご希望(大きな病気かどうか心配なので詳しい検査をして欲しい、咳で眠れないので何とかして欲しい、薬代が気になる、診断書を書いてほしいなど)などがありましたらお書きください。

6. 当クリニックについて、お気づきの点がありましたらお知らせください。