

ID \_\_\_\_\_

令和 年 月 日

## 問診票

フリガナ	
お名前	( 男性 ・ 女性 )
生年月日	( 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ) 年 月 日 ( 歳 )
ご住所	〒 _____
携帯電話番号	

※以下の質問にお答えください。(わかる範囲で記入または○をお願いします。)

体温 \_\_\_\_\_ °C

どうなさいましたか？	(記入例：熱がある・おなかが痛い・ワクチン接種希望・ニンニク注射希望など)
いつからですか？	_____月_____日頃から
治療中の病気はありますか？	ない ・ ある 病名 _____ 通院先 _____
飲んでいるお薬はありますか？	ない ・ ある (お薬手帳・説明文書をお持ちであれば記入は結構です。) 薬品名 _____
今までに大きな病気や手術はありますか？	ない ・ ある 病名 _____ いつ頃 _____
薬や食品でアレルギーはありますか？	ない ・ ある 薬品 _____ 食品 _____

●差し支えなければ以下の項目につきましてもお答えください。

飲酒・喫煙 はされますか？	飲酒： いいえ・ はい (毎日・週に _____ 日) 喫煙： いいえ・ はい ( _____ 本/日 _____ 年間)
------------------	--

●女性のみお答えください。

妊娠中ですか？	いいえ・ はい (妊娠 _____ ヶ月) ・ 可能性がある
授乳中ですか？	いいえ・ はい

ご記入いただきましたら受付にお渡ししてください。ご協力ありがとうございました。

坦誠会 赤坂内科クリニック