

受付番号

I D

年 月 日

AM

PM

問診票

ふりがな

氏名 : _____ (男・女)

よみがな

住所 : 🏠 _____

電話番号 : 携帯: _____ ご自宅: _____

生年月日 :

M	T	年	月	日	年齢	: _____	歳
S	H						

身長 : _____ cm 体重 : _____ kg 体温 : _____ °C

●再診の方へ

定期的な受診 お薬希望 前回と同じ 検査結果

その他

(_____)

●初診の方へ

クリニック記入欄

◇ 本日はどのような症状でお困りですか

【いつから】

[] 日前 [] ヶ月前 [] 年前

【どんな】

発熱 血圧が高い 頭痛 動悸 めまい 嘔吐・吐き気 食欲不振

【その他の症状】

[_____]

◇ 下記の病気にかかったことはありますか

糖尿病 喘息 高血圧 脳梗塞 アトピー性皮膚炎
 緑内障 肝炎 不整脈 その他 (_____)

◇ 今現在、治療中の病気はありますか (わかればお薬の名前をお書きください)

[_____]

◆ 薬・注射・食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか (はい・いいえ)

『はい』と答えた方・・・わかれば薬剤名・食べ物の名前 (_____)

◇ 女性の方のみお答えください

妊娠中ですか (はい・いいえ) 授乳中ですか (はい・いいえ)

※保険証お受け取りサイン

ご記入が済みましたら、受付にお出しく下さい。ご協力ありがとうございました。