

問診票

令和

年

月

日

ふりがな			
お名前			
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	性別	男・女
ご住所	〒 —		
電話番号		携帯番号	

1・紹介状はお持ちですか？	ある ・ ない 【紹介状をお持ちの方は、7番以降の記入をお願いします】
2・今日はどうなさいましたか？ (該当するものに○をつけてください)	風邪症状(熱、のどが痛い、せきが出る) ・ 腹痛 ・ 下痢 めまい ・ 手足のしびれ ・ 吐き気 頭痛外来 ・ 物忘れ外来 ・ 禁煙外来 その他()
3・上記の症状はいつごろからですか？	() 頃から
4・ご希望の診療科はありますか？	内科 ・ 精神科
5・他にかかりつけの病院はありますか？	ある ・ ない 病院名() 病名()
6・現在飲んでいるお薬はありますか？	ある ・ ない 【お薬手帳 持っている ・ 持っていない】
7・薬や注射で気分が悪くなったことがありますか？	ある ・ ない 具体的な症状()
8・食べ物でアレルギーはありますか？	ある ・ ない 具体的な症状()
9・過去に大きな病気や入院をしたことはありますか？	ある ・ ない 病名() いつ頃()
10・女性の方にお伺いします。 妊娠している可能性はありますか？	ある ・ ない
11・喫煙していますか？	はい ・ いいえ
12・塚原クリニックをどちらでお知りになりましたか？	他医療機関からの紹介 ・ 看板等を見て ホームページを見て ・ 知人の紹介 その他()
12・その他心配事やご要望がありましたら お書き下さい。	