

# 問 診 表

ふりがな		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)
氏名	男 ・ 女	身長( )cm	体重( )kg
住所	〒	電話番号 自宅 携帯	

■本日受診することになった主な症状は何ですか？  
いつごろから？                      どのような症状が？

\_\_\_\_\_

■今までかかった病気や治療中の病気はありますか？  
はい 病名

いいえ

\_\_\_\_\_

■現在、内服している薬はありますか？  
はい 薬名

いいえ

\_\_\_\_\_

■薬や食物でアレルギーがでたことがありますか？  
はい 何で出ましたか？

いいえ

\_\_\_\_\_

■妊娠していますか？(女性の方のみ)  
はい

いいえ

■アルコール、たばこの大体の一日量を書いてください。

アルコール: \_\_\_\_\_ たばこ: \_\_\_\_\_ 本/日( 年間)

■マイナナンバー保険証による診療情報取得に同意しますか？ はい ・ いいえ

■他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ はい ・ いいえ

■お薬手帳をお持ちの方は受付にご提出ください。