

診療申込・問診票

ID No.

記入年月日 年 月 日

ふりがな		生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日生 (才)
氏名	男・女					
住所				自宅		
				携帯		

いつ頃からどんな症状がありますか、具体的に教えて下さい。

次の病気はありますか	ない・ある	高血圧・糖尿病・喘息 心臓病・腎臓病・脳の病気 その他
今までに大きな病気や手術をしたことがありますか	ない・ある	いつ頃 病名
現在他の病院へ通院中ですか	はい・いいえ	いつ頃 病名 病院名
現在何か薬を使っていますか	はい・いいえ	いつ頃から 何の 薬の名前
薬や食べ物で具合が悪くなった事がありますか (発疹など)	ない・ある	薬 食べ物
アレルギーはありますか	ない・ある	何のアレルギーですか
タバコを吸いますか	吸わない 吸う	1日 本 年間
お酒を飲みますか	飲まない 飲む	何をどの位
1ヶ月以内に海外に行きましたか?	はい・いいえ	国名
妊娠中あるいは妊娠の可能性はありますか	はい・いいえ	現在 週