

診療申込書兼問診票

来院日時：	年	月	日	午前・午後	時	分
ふりがな 受診者名：	問診票 記入者名					
生年月日 明・大・昭・平	年	月	日生	()才	男・女	
住所：〒					電話	
勤務先：〒					電話	

診療の参考にしますので、かならずご記入ください。

1. どんな症状ですか

熱 頭痛 のどの痛み 鼻水 ゼーゼー せき 呼吸困難 腹痛 下痢 血便
吐き気 嘔吐 関節が痛い 体がだるい どうき 胸痛 排尿時の痛み 耳が痛い
耳の下が腫れる 発疹 けいれん かゆみ
その他 ()

その症状があらわれたのは? 月 日 午前・午後 時ごろから
思い当たる原因はありますか。 ()
今回の病気で、すでに病・医院にかかっていますか? いない・いる

2. 現在使用しているくすりはありますか? ない・ある ()

3. アレルギーはありますか? ない・ある
・薬 ()
・食物 ()
・その他 ()

4. ご家族のかたで、大きな病気をされたり、アレルギー体質のかたはいますか。 ない・ある ()

5. これまでにかかった病気
高血圧 肝臓病 胃・十二指腸潰瘍 胆石 心臓病 腎臓病
リュウマチ 痛風 糖尿病 ぜんそく 結核
その他 ()

6. 手術したことがありますか? ない・ある ()

7. 女性の方のみ

妊娠していますか、あるいは妊娠の疑いがありますか? ない・ある (月)

8. 1日：酒類 合、ビール 本、タバコ 本
★その他、異常なことがある場合は、必ず医師にお申し出ください。