

問診票

受付年月日: 年 月 日

(ふりがな)		生年月日	昭/平/令	年	月	日
お名前		年齢		性別	男・女	
電話番号		身長/体重	cm		kg	
携帯電話		健診・検査	なし/あり	年	月頃	

1. 来院の目的・主なお困りごと 今のことを書いてください	① ② ③
2. 症状が始まった時期/頻度	
3. 他のお困りごと、これまでの経過 ささいなことでも構いません 質問もあればどうぞ	
4. これまで飲んだ漢方薬	
5. 現在の他の治療/医療機関	なし /あり:
6. 現在服用中の薬の有無	なし /あり: 血圧 下剤 睡眠薬
7. 過去にかかった病気、手術	なし /あり:
8. 薬の副作用やアレルギーの有無	なし /あり(薬名と症状:)
9. 当科の web をみましたか?	いいえ /はい
10. 改めたい生活習慣	たべすぎ /アルコール /運動不足 /
11. 月経歴/妊娠希望	閉経/ 月経 順調 不順 最終月経
11. 妊娠出産歴/手術	なし / 妊娠 回/出産 回/ 流産・中絶 回/帝王切開
12. 来院となったきっかけ	紹介()/病院 web サイト /インターネット検索 /知人のすすめ

診療のサポートになりますので、ご記入お願いします

診察券 No. _____