

問 診 票

年 月 日

フリガナ 名前	性別 ()	生年月日 西暦・元号	年 月 日(歳)
住所 〒 —			
自宅電話番号 — —	携帯番号 — —		
勤務先への連絡は可能ですか？		可	不可
お勤め先電話番号 — —	ご職業		

体温 _____ °C 体重 _____ kg

1. 今日はどうなさいましたか？その原因として思い当たる節もあればお書きください。

[]

2. 本日の検査や薬に関してのご希望がありましたらお書きください。

[]

3. 現在治療している病気はありますか？病院名もわかればご記載願います。

[]

4. 服用しているお薬はありますか？ ある ・ ない

「ある」とお答えした方は、お薬またはお薬手帳を持参している場合は受付に提出をお願いします。調べた後に返却いたします。

5. 過去に治療を受けた病気や手術がありましたらお書きください。

[]

6. アレルギー、薬・注射・点滴で具合が悪くなったことがありましたらお書きください。

[]

7. 飲酒はしますか？ はい(種類: 量: 杯/日) ・ いいえ

8. 喫煙はしますか？ はい(本/日) ・ いいえ

9. 【女性の方】現在、妊娠の可能性はありますか？ はい ・ いいえ ・ わからない

恵庭ふじたクリニック