

問診票

記入日 年 月 日

お名前	ふりがな	生年月日	年齢
		大正 昭和 平成 令和 年 月 日	才
連絡先	〒 ー	お電話番号 ー ー	

1. 受診希望科 内科 ワクチン・予防接種 健康診断 健康美容注射 その他

2. 本日はどうなさいましたでしょうか？（具体的に）

いつ頃からですか？ 約 頃から
上記の症状で他の医療機関を受診されましたか？ はい いいえ

3. 今まで大きなご病気やケガ、現在治療中のご病気はございますか？

いいえ

はい → どんなご病気・ケガでしたか？（ ）

いつ頃（約 ヶ月前／約 年前）

現在治療中：（医療機関 ）

4. 現在、お飲みのお薬はありますか？

いいえ はい → どんなお薬ですか？（ ）

5. お薬や食べ物などで、じんま疹やアレルギー症状が出たことはございますか？

いいえ はい（薬： 食品： その他 ）

6. たばこ 吸わない 禁煙中 吸っている： 本／日（ ～ 歳）

7. アルコール 飲まない 飲む 週（ ）回（種類： ）

8. 妊娠の可能性： あり・なし・わからない 授乳中： はい・いいえ

看護師確認欄

身長：	cm	体重：	kg	体温	°C
血圧：	/ mmHg	脈拍：	bpm	アルコール綿	OK・禁

連絡欄

--