**問　診　票**

記入日　令和4年2月22日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 男・  女 | 生年月日 | |
| 氏　名 |  | 大正・昭和・平成・令和  　　　年　　月　　日（　　　）歳 | |
| 住　所 | 〒　　　－ | | | |
| 自　　宅（　　　）－　　　－  携帯番号（　　　）－　　　－ | 身　長 | | 体　重 |
| ｃｍ | | ｋｇ |

1. いつからどのような症状でお困りですか。

いつから（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

症 　 状（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 今までにかかったことのある病気はありますか。

ない　　　ある（下記にをつけてください。）

高血圧　高脂血症　糖尿病　心筋梗塞　狭心症　　不整脈

肝臓病　腎臓病　　脳梗塞　脳出血　気管支喘息　緑内障

前立腺肥大　　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　）

1. 手術をうけたことはありますか。

ない　　　ある（部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 定期通院中の医院・病院はありますか。

ない　　　ある（病院名：　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 薬や食物のアレルギーはありますか。

ない 　 　ある（アレルギー名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. お薬手帳はお持ちですか。

ない 　 　ある　＊ある場合は窓口へご提示お願いします。

1. たばこは吸いますか。

吸わない　禁煙した（　　）才　　喫煙中（　　　才頃から　　　本／日）

1. 女性の方であてはまる項目があれば教えて下さい。

妊娠中　　授乳中　　　　生理中

９.当院をどのように知りましたか。

近所　　知人の紹介　　他院より紹介　　ホームページ　　看板・広告

口コミ　その他

事前にご記入し、プリントしてクリニックの受付に提出して下さい。

ご協力ありがとうございました。