

問診票 一般用

予約決定日時: 月 日 時 分

記入者: 本人・配偶者・母・父・その他()	
ご本人	フリガナ:
	氏名: (男・女)
	生年月日: 西暦 年 月 日 () 歳
	住所: 〒 -
	自宅電話: 携帯電話: [本人・母・父・その他()] クリニックの名前を出してお電話しても構いませんか (はい・いいえ) 職業または学校名:

1. 主な心配ごとは何ですか。また、それはいつからですか。
2. 今までに相談・医療機関に行かれたことはありますか。(ない・ある)
() 歳 施設名: 担当者: 内容・結果:
3. 今までにかかった主な病気やけがはありますか。
() 歳 病名:
4. 現在常用している薬はありますか。
ない・ある(薬剤名:)
5. アレルギー性疾患はありますか。(ない・ある)
食べ物アレルギー(食品名:) 薬アレルギー(薬剤名:)
6. 同居の家族構成と年齢をお書きください 例: 母(50歳)、弟(20歳)
7. その他、医師に知らせておきたいこと・ご希望があればご記入ください。
8. 当院をどこでお知りになりましたか。
紹介(紹介元:)・インターネット・その他()

ご協力ありがとうございました。この内容は診療以外の目的には使用しません。