

# 問診票

予約日時: 月 日 時 分

記入者: 本人・父・母・夫・妻・子( )・その他( )	
ご本人	フリガナ:
	氏名: (男・女)
	生年月日: (西暦・大・昭・平) 年 月 日 ( )歳 血液型( )
	住所: 〒 -
	自宅電話:
	携帯電話: [本人・家族(続柄 )・その他( )] 電話のときにクリニックの名前を出しても構いませんか (はい・いいえ) 職業または学校名:

わかる範囲で結構ですので、お答えください。

1. 心配なこと・困ったこと(受診の理由)は何ですか。また、それはいつからですか。

( 症状は で、 から )

2. 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)

( )

3. 今までに医療機関に行かれたことはありますか。(ない・ある)

( )歳のとき 医療機関名: 内容・結果:

4. 今までにかかった主な病気やけがはありますか。

#1.病名: …( )才時 #2.病名: …( )才時

5. 現在常用している薬はありますか。

ない・ある(薬剤名: / / )

6. アレルギーはありますか。(ない・ある)

食べ物アレルギー(食品名: ) 薬アレルギー(薬剤名: )

7. タバコは吸いますか。(はい 本/日・いいえ)

8. 酒は飲みますか。(毎日 合/日・ほぼ毎日 合/日・たまに・まったく飲まない)

9. 自立支援医療・福祉手帳そのほか福祉制度を利用中の方はご記入ください。

( )

10. 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。

( )

ご協力ありがとうございました。豊橋ニコニコクリニック受診時に持参ください。なお内容は診療以外の目的には使用しません。

