

問診表

記入日 R 年 月 日

ひらがな		性別	男・女	身長	cm	体重	kg
氏名		生年	大・昭				
		月日	平・令	年	月	日	
ひらがな							
住所	〒						
電話	携帯 () - 自宅 () -						

1、ご来院目的

① 保険診療を希望（当てはまる症状に○を付けてください。） ご来院時の体温... _____ °C

発熱 ・ 咽頭痛 ・ 頭痛 ・ 関節痛 ・ 鼻水 ・ せき ・ たん ・ 倦怠感

吐き気 ・ 下痢 ・ 腹痛 ・ 嘔吐

いつ頃から _____ 上記以外の症状 _____

② 自費診療を希望 プラセンタ ・ コニク注射 ・ AGA ・ ED ・ その他 _____

2、他院で処方されている薬がある場合はご記入ください

薬名 _____

3、女性の方へ

妊娠している (週目) ・ 授乳中 ・ 最終月経 (年 月 日) ・ 閉経

4、既往歴、現病歴について

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 心疾患 ・ 前立腺肥大 ・ 喘息 ・ 花粉症

その他 _____

5、アレルギーについてご記入ください

・薬名 _____

・食物、植物、金属など _____

6、今まであった大きな病気、手術などがあればご記入ください

_____ (才頃) _____ (才頃)

_____ (才頃) _____ (才頃)

5、日常生活について

・飲酒 なし / あり (時々 ・ 毎日)

・喫煙 なし / あり ____本位／一日 / 吸っていた ____才～ ____才迄

・ 他の医療機関からの紹介状を持参	はい
-------------------	----