

# 問診票

令和 年 月 日

ふりがな

◆氏名 (男・女) 明大昭平 年 月 日生まれ

◆住所

◆電話番号

メール

職業

◆診察の参考にいたしますので、次の事項についてご記入をお願いします

◆今日はどうなさいましたか？ 調子の悪いところや痛いところを詳しくお書き下さい。  
いつ頃から：

◆食欲はどうか？ (あり・なし・むらがある)

◆便通はどうか？ (普通・便秘・下痢・下痢と便秘がかわるがわる)

◆睡眠はどうか？ (よく眠れる・普通・眠れない・寝付きにくい)

◆たばこは吸われますか？ 吸う ( 年間 ) 本/日・吸わない  
以前は吸っていた ( 年前まで 本/日を 年間 )

◆アルコールは飲まれますか？ (飲む・飲まない)  
( 年間 ) ビール 本/日・日本酒 合/日・焼酎 合/日・ウィスキー 杯/日

◆今までに病気にかかったことはありますか？  
なし・あり (下記にお書きください)

◆薬を使ったとき、発疹などの副作用がありましたか？  
なし・あり (その薬の名前 )

◆現在、薬を飲んでいますか？  
なし・あり (薬の名前 )

◆アレルギーはありますか？  
なし・あり ( )

◆ご家族で大きな病気をした方はいますか？  
なし・あり ( )

◆女性の方へ 現在、妊娠の可能性はありますか？ (99%なし・100%なし・妊娠 週)  
最終月経 ( 月 日から 月 日まで)

◆その他、何か悩みや、相談したいことがありましたらご記入ください。

◆何を見て来院されましたか？  
Google広告・Googleマップ・チラシ・通りすがり・SNS・その他 ( )