

問 診 表

受付日 年 月 日			
フリガナ			男 ・ 女
氏 名			
生年月日	(M ・ T ・ S ・ H) 年 月 日	満 歳	
自宅住所	〒		(自宅電話)
			(携帯電話)
職 業		勤務先	TEL
質 問 事 項		回 答 欄	特 記
今日はどういう症状で来院されましたか。 () いつから症状がありますか。思いあたる原因があれば記入して下さい。 ()			診察前の体温 度 分
発症前30日以内に、海外渡航歴がありますか。	はい	いいえ	場所 ()
現在、何か病気にかかっていますか。	はい	いいえ	病院名 () 病名 () 薬品名 ()
治療（投薬など）を受けていますか。	はい	いいえ	()
過去または、現在にかかった病気がありますか。ある方は○またはその他に記入して下さい。 ・ 糖 高 心 喘 前 緑 脳 手 輸 透 そ ・ 尿 血 疾 息 立 内 卒 術 血 析 の ・ 病 圧 患 腺 障 中			
アレルギーはありますか。	はい	いいえ	何のアレルギーですか。 ()
今まで薬や注射で具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	薬品名 () 症状 ()
女性の方へ 現在、妊娠中ですか。	はい	いいえ	※妊娠中の方は妊娠()ヶ月
女性の方へ 現在、授乳中ですか。	はい	いいえ	※授乳中の方は日に約()回授乳
当院を過去に受診されたことがありますか	はい	いいえ	はいの方はいつ頃ですか。 (H 年 月 頃)

黒ボールペン・・・患者様（付き添いの方）・青ボールペン・・・病院スタッフ

 ※医師記入欄(時間外のみ)

傷病名		