

問診表

受診日：平成 年 月 日

現在服用中のお薬（薬剤情報文書）を持参の方はお見せください。

ふりがな			
お名前	男・女		
生年月日	明大昭平	年	月 日 () 歳
ご住所	〒		
事務手続き等で連絡する場合の連絡先（電話番号）		病院名を（どちらかに○を付けてください）	
自宅		出している	出さないで欲しい
携帯		出している	出さないで欲しい

① 来院のきっかけを教えてください。（どこで知りましたか？）

- 広告等 紹介（ 家族 会社 友人）
 その他

② 現在の家族構成 該当する項目にチェックを付けてください。

1) 未婚 既婚 子供は いる（人） いない

- 祖父 父 配偶者 兄弟
 祖母 母 子供 姉妹

2) 宜しければ職業を教えてください。

③ 薬や注射で副作用を経験したことがありますか？ ある ない
「ある」と答えた方は、わかる範囲で薬剤名を記入してください。

④ アレルギー症状や特別なことがありますか？ ある ない
「ある」と答えた方は下記をご記入ください。

- アレルギー（何に対するものですか？→）
 その他（具体的にお書きください）

- 緑内障
 前立腺肥大症
 気管支喘息

⑤ 女性の方のみお答えください。

- 妊娠・授乳中 妊娠していない わからない

裏面にもご記入ください

⑥ 今まで患った大きな病気や怪我（入院・手術などの経験）を書いてください。

（例：20歳頃、盲腸の手術）

- 1) 現在通院中の病院またはクリニックはありますか？ ある ない
2) 現在服用中の薬剤はありますか？ ある ない
3) タバコ 吸う 吸わない アルコール 飲む 飲まない

⑦ 来院理由（一番困っていること、希望など詳しくお書きください。）

- 1) 最近よく眠れて いる いない
2) 食欲は ある ない
3) 同じ疾患で別の病院やクリニック等に受診したことがありますか？
 ある 医院名（ ） 病名（ ）
 ない

来院理由（一番困っていること、希望など詳しくお書きください。）

※以下の余白には記入しないで下さい。

※ 問診票にご記入いただいた個人情報は、
当院の個人情報の利用目的の範囲内で取り扱わせていただきます。
ご協力ありがとうございました。

岡崎駅 はるさきクリニック

