

# 問診票

ID \_\_\_\_\_

記入者： 本人・父・母・夫・妻・子（ ）・その他（ ）	
ふりがな 氏名	性別〔男・女〕 血液型〔 〕
生年月日：明・大・昭・平 年 月 日 歳	
住所 〒 _____	
自宅電話番号： _____	携帯番号： _____ [本人・家族（ ）]
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： _____	

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。

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) 今までにこの症状で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) 今までにかかった大きな病気や、ケガはありますか。  
 [病名： \_\_\_\_\_ 歳のとき]、 [病名： \_\_\_\_\_ 歳の時]

5) 現在常用している薬はありますか。→ ない、ある  
 ある場合、薬剤名 [ \_\_\_\_\_ ]

6) 薬剤アレルギーや、食べ物アレルギーはありますか→ ない、ある  
 [食べ物名： \_\_\_\_\_]・[薬剤名 \_\_\_\_\_]

7) タバコとお酒について  
 タバコ → 吸わない ・ 吸う [ \_\_\_\_\_ 本/日]  
 お酒 → 飲まない ・ たまに ・ ほぼ毎日 ・ 毎日飲む  
 飲む場合どれくらい [ \_\_\_\_\_ ]

8) 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。  
 [ \_\_\_\_\_ ]

9) 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。 内容は診療以外の目的には使用しません。