

問 診 票

記入日 _____ 月 _____ 日

ふりがな

氏名 _____ 性別 男 ・ 女 身長 _____ cm 体重 _____ kg

生年月日 昭和 ・ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

住所 さいたま市桜区 _____

電話番号 1. _____ 2. _____

1. 本日、当院を受診した理由を教えてください。
症状がある方は、いつから、どのような症状が出現したかを教えてください。

2. 希望する検査や薬がございましたら教えてください。
また、心配していることがございましたらご記入ください。

コロナの検査・インフルエンザの検査・血液検査・レントゲン撮影・心電図検査・
その他の検査・検査は希望しない・薬の処方を希望・薬の処方不要

3. 過去にかかった病気および受けた手術とその時の年齢または時期を教えてください。

病気の例：高血圧症、脂質異常症、糖尿病、痛風、がん、気管支喘息、花粉症、
心臓病、心筋梗塞、脳梗塞、脳出血、盲腸（虫垂切除術）、
その他の手術、白内障、緑内障、前立腺疾患、骨折、交通事故など

なし あり

4. ご家族（父方祖父/祖母、母方祖父/祖母、父母、兄弟姉妹、子）が、前項に記載した
病気にかかったことがあれば教えてください。例：父 高血圧症

なし 不明 あり

2 枚目のご記入もお願いします

5. 食べられない食べ物はありますか なし あり
(食物アレルギー)
6. その他にアレルギーはありますか なし あり 花粉
7. 現在、使用している薬はありますか いいえ はい (お薬手帳を拝見します)
8. 市販薬、漢方薬、サプリメント、健康補助食品、青汁、いのちの母、養命酒などを
摂取していますか。
いいえ はい (具体的に教えて下さい: _____)
9. 副作用が出た薬があれば名前と症状を教えてください。
なし あり (名前と症状: _____)
10. タバコ ・ これまでタバコを吸ったことはない
・ 吸っている 紙巻タバコ ・ 加熱式タバコ 1日 _____ 本
・ 以前、吸っていた _____ 歳 ~ _____ 歳
11. 飲酒 ・ 飲まない
・ 飲む 毎日、週 _____ 日 種類 1 _____ 摂取量 _____ mL
種類 2 _____ 摂取量 _____ mL
・ 以前、飲んでいた
12. 職業 _____ ・ 主婦 ・ 大学生 ・ その他の学生 ・ 無職
13. 同居者を教えてください。同居者がお子様の場合は続柄 (長男、長女など) も、
お孫さんの場合は性別 (男、女) も記載してください。
1人暮らし いる
14. ペットを飼っている方は種類と頭数を教えてください。
いない いる
15. 日常生活や通勤で車を運転するか、仕事で営業車、バス、電車、工事用車両などを
運転するか、高所作業や危険な作業 (せん断など) をするかなどを教えてください。
車は運転しない・日常生活で車 (バイク) を運転する・
仕事で営業車、バス車などに乗る・高所作業や危険な作業をする
16. 女性の方のみご回答ください。妊娠中または授乳中ですか。
どちらでもない ・ 妊娠中 (_____ 週) ・ 妊娠の可能性がある ・ 授乳中である
ご記入くださりありがとうございました