

問 診 票



きたむら淵野辺クリニック

令和 年 月 日

フリガナ

氏名： _____ 性別：男・女

生年月日：大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)

住 所： 〒 _____

電話番号（自宅）： _____ (携帯)： _____

1. 本日はどのような症状で来院されましたか。

2. 現在当院または他院で診察や治療を受けていますか。

3. 服用中のお薬はありますか。

*お薬手帳はお持ちですか。 はい・いいえ

4. 今までに病気や怪我で入院または手術を受けられた事がありますか。

5. お薬や食べ物でアレルギーが出た事がありますか。

6. タバコは吸いますか。

1. いいえ 2. はい (1日 本くらい)

7. お酒は飲みますか。

1. いいえ 2. ときどき飲む 3. 毎日飲む (/日)

8 女性にお尋ねします。現在妊娠中もしくは妊娠の可能性がありますか。

1. いいえ 2. はい 3. 出産後授乳中

*** ありがとうございます。後ほど担当医に詳しくお話ください。***

<院内使用欄> 身長 cm 体重 kg 血圧 /
体温 °C saO2