問診票

記入日　　年　　月　　日

お名前	ふりがな	生年月日
	男・女	大正 昭和　　年　　月　　日 平成
住所	〒　　-	電話番号

以下の項目について、◯で囲むもしくはご記入下さい。

■身長（　　ｃｍ　）　■体重（　　ｋｇ　）　（もし分かればご記入下さい）

■本日はどのような症状での受診ですか。

いつからですか？　（　　）

どのような症状ですか？

■現在治療中の病気はありますか？

なし　・　**あり**　→どんな病気ですか？（　　）

医療機関名（　　）

■他に今まで大きな病気・けがはありますか？　（入院や手術など、その他）

なし　・　**あり**　→どんな病気・けがでしたか？（　　）

いつ頃（　　ヶ月前／　　年前あるいは　　歳時）

■現在飲まれているお薬はありますか？

なし　・　**あり**　→どんなお薬ですか？（　　）

（お薬手帳などがあれば記載はご不要です）

■今までお薬や食べ物でアレルギー症状をおこしたことはありますか？

なし　・　**あり**　（薬：　　食品：　　その他：　　）

■たばこ　：　**吸わない**　・　**過去に吸っていた**　・　**現在も吸っている**

（　　本／日）（　　～　　歳）

■お酒　：　**飲まない**　・　**飲む**

（毎日　・　週　　回　・　たまに）（どのくらい：　　）

女性の方だけお答えください。

妊娠の可能性　：　**なし**　・　**あり**

現在授乳中　：　**いいえ**　・　**はい**

にしだ内科クリニック
NISHIDA MEDICAL CLINIC