

# 問診票

ID \_\_\_\_\_

円滑な診察のため、できるだけ詳しくご記入いただけますようお願いいたします。  
この問診票は電子カルテに保存されます。

フリガナ

お名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 (大正、昭和、平成) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 \_\_\_\_\_ 才 (男・女)

〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

1. 当院は、はじめてですか? (はい、いいえ) 15歳以下の方: 体重 \_\_\_\_\_ kg
2. どうされましたか?  
(いつ頃から)  
(どのような)
3. 今回の症状で、これまでに当院もしくは他の医療機関にかかられましたか?  
はい (当院 \_\_\_\_\_ 月ごろ、 \_\_\_\_\_ 病院) いいえ
4. 現在、当院に他のご病気でかかられていますか?  
はい ( \_\_\_\_\_ ) いいえ
5. 本日の診察について、ご希望があればお書き下さい。  
血液検査希望・尿検査希望・レントゲンを撮ってほしい・胃カメラ大腸カメラ希望  
点滴希望・漢方薬を希望・肩や膝の注射希望・粉薬は飲めない・インフルエンザの検査  
その他 ( \_\_\_\_\_ )
6. お薬・食べ物でアレルギーがあればお書き下さい。  
( \_\_\_\_\_ )
7. 女性のみへの質問  
現在妊娠している可能性はありますか?  
はい (妊娠 \_\_\_\_\_ 週) いいえ わからない
8. 今までに大きな病気・手術・入院治療などの既往歴があればお書き下さい。  
( \_\_\_\_\_ )
9. 診察希望の医師をお書き下さい。 ( \_\_\_\_\_ )

現在内服中の薬があれば診察室でお話し下さい。

もしお薬手帳など内容がわかるものがありましたら、ご用意お願いします。