

問診票

診察の参考にいたしますので、ゆっくりとご記入くださいませ。

ふり
氏名：

男・女

生年月日： 大正 昭和 平成 年 月 日(歳)

現住所：〒 一

電話番号：() 一

急用などの場合、当院から自宅に連絡させていただいてもよろしいですか？

はい 困ります（携帯電話など可能な連絡先をご記入ください。）

緊急連絡先 () 一

婚 姻： 未婚 既婚 離婚 死別

同居家族： 父 母 兄弟姉妹（男 人・女 人） 祖父 祖母
夫 妻 子供（男 人・女 人） その他（ ）

学歴： 小学校 中学校 高校 大学 短大 専門学校
卒業 在学中 中退

職業：

どのような症状 または どのようなことで、お困りですか？

その症状や状態は、いつ頃から、どのように現れましたか？

どのくらいの頻度で出現し、どのくらい続いているか？



裏
もござ
います

その症状や状態のために、他の医療機関で診察を受けたことがありますか？

ない

ある いつ頃ですか？ 年 月 日

どここの病院ですか？（ ）

病名は何ですか？（ ）

どんなお薬が処方されましたか？（ ）

同じような症状の方が血縁者におられますか？

いない いる（続柄）

今までにかかった病気や現在治療中の病気があれば教えてください。

特になし

高血圧 糖尿病 結核 心臓病 胃潰瘍 肝炎 哮息

緑内障 甲状腺疾患 その他（ ）

お酒は飲れますか？ タバコは吸われますか？

飲まない 吸わない

飲む（1日量） 吸う（1日量）

（　　歳～　　） （　　歳～　　）

お薬のアレルギーがありますか？

ない ある（薬剤名）

自分の性格について当てはまると思うものに○をつけてください。（複数可）

内向的 外向的 神経質 おおざっぱ 活動的 おとなしい

楽観的 くよくよ考えやすい がんこ 気分が変わりやすい

人の目を気にする まわりに気をつかう 几帳面

ご協力ありがとうございました。

