問診票　　体温＿＿＿＿＿℃

住所	〒＿＿＿＿＿＿	電話番号	
		緊急連絡先	
氏名	（フリガナ）	生年月日	明/大/昭/平　　年　　月　　日
	男 女		（　　才）

以下の質問に該当するものを〇で囲むか、ご記入ください

① 本日はどうなさいましたか？　　診察　・　健康診断　・　予防接種

発熱　頭痛　のどの痛み　咳　痰　鼻水　腹痛　吐き気　嘔吐（おうと）

下痢　動悸　息切れ　喘息の悪化　めまい　背部痛　胸痛

健康診断で指摘された（　血圧　コレステロール　血糖値　貧血　不整脈　その他　）

その他（　　）

② その症状はいつ頃からありますか？

（　　）

③ 気になることや相談したいことはありますか？

（　　）

④ 現在、ほかの医療機関で治療中のご病気、健康診断などで指摘されたことはありますか？

いいえ　はい

（高血圧症・糖尿病・脂質異常症・不整脈・肝臓病・腎臓病・喘息・脳卒中・ガン）

⑤ 過去に大きな病気で治療や手術をうけたことがありますか？

いいえ　はい（　　）

⑥ ご家族（血縁の方）にご病気の方はいますか？

いいえ　はい（ 高血圧症・糖尿病・脂質異常症・心臓病・甲状腺・喘息・ガン・その他 ）

⑦ 現在、飲んでいる薬（市販薬・サプリメント含む）はありますか？　※薬手帳（ある・ない）

いいえ　はい（　　）

⑧ 喫煙・飲酒についてお答えください

喫煙：吸わない　吸う（　　本/日、　　才～　　）　禁煙した（　　年前～）

飲酒：飲まない　飲む（　　週　　日）　種類（　　）　量（　　）

⑨ これまでに食べ物や薬、注射でアレルギー（気分が悪くなったり、じんましんがでたりなど）はありますか？

いいえ　はい（　　）

⑩ （女性のみ）妊娠または妊娠の可能性、または授乳中ですか？

いいえ　はい（　　）

⑪ 今回、船橋駅前内科クリニックにご来院頂いた理由をお聞かせください

インターネット　広告・ちらし　看板　買い物がてら

親族・友人の紹介　その他→（　　）