問診票

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

① 本日はどうなさいましたか？お越し頂いた理由に該当する症状を、〇で囲んで下さい。

発熱（　℃）　頭痛　のどの痛み　咳　鼻水　鼻づまり　寒気　動悸　胸痛

息苦しい　腹痛　吐き気　嘔吐（おうと）　下痢　軟便　便秘　血便　肩こり

頸部痛　背部痛　腰痛　膝痛　糖尿病　高血圧　コレステロール　健康診断

その他（　）

② 気になることやご相談したい内容などはございませんか？

（　）

③ それらは、いつから症状がみられますか？〇で囲んで下さい。

今日　昨日　おととい

その他（　年前、　ヶ月前、　週間前、　日前頃）

④ お手数をお掛け致しますが、次の質問にお答え下さい。該当する方を〇で囲んで下さい。

1、今までに大きな病気・手術・大けがのご経験はございますか？

いいえ　はい→（　）

2、現在、治療中の病気はございますか？＊お薬手帳などがございましたらお渡し下さい。

いいえ　はい→（　）

3、注射が合わなかったり、調子が悪くなったことはございますか？

いいえ　はい→（　）

4、薬を飲んで発疹が出たり、気分が悪くなったことはございますか？

いいえ　はい→（　）

5、今までにアレルギーと言われたことはございますか？

いいえ　はい→（　）

6、喘息やじんましんをおこしたことはございますか？

いいえ　はい→（　）

7、（女性のみ）妊娠または妊娠の疑い、また授乳中ですか？

いいえ　はい→（　）

8、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下さい。

インターネット　広告・チラシ　看板　買い物がてら

親族・友人の紹介　その他→（　）

ご協力、誠にありがとうございました。もう少々お待ち下さい。