

問 診 票

記入日 令和 年 月 日

フリガナ		性別		西暦	大正	昭和	平成	令和
氏名	様	男・女	生年月日	年	月	日	(歳)
現住所	〒		電話番号	()				
				()				

* 当院を知るきっかけになったもの**すべて**に○をお願いします

当院の前を通過して・家族や知人の勧め () ・ 電柱広告 ・ 新聞折り込み ・ 家が近い ・ 職場に近い
当院のホームページ ・ 地図アプリ ・ EPARK ・ 病院ナビ ・ その他 ()

1. 今日はどうされましたか？

①具合が悪い 体温 () 度)
症状 熱・せき・喉の痛み・鼻水・頭痛・下痢・嘔吐・その他
()

いつから

()

②健診で医療機関を受診するよう指摘された (指摘された項目)

③予防接種 または 健診

④その他 ()

2. 今までに病気をされたことはありますか？ あり ・ なし

心臓病 高血圧 腎臓病 肝臓病 糖尿病 結核 喘息 脳卒中 その他 ()

3. 現在服用している薬がありますか？ あり ・ なし *お薬手帳をお持ちの方は記入不要です。

()

4. 薬や注射などで副作用が出たことがありますか？ あり ・ なし

薬剤名 () 注射名 ()

その時どのような症状がでましたか？

じんましん しびれ 気分不快 ショック その他 ()

5. 飲酒、喫煙する方にお伺いします。1日の摂取量はどのくらいですか？ (例：ビール1本、日本酒1合)

本 合 杯 たばこ 本

6. 女性の方にお伺いします。現在、妊娠または妊娠の疑いがありますか？

はい 出産予定日 () いいえ 不明

7. その他、ご相談や気になること、ご希望の検査などがありましたら、お書き添えください。

()

※個人情報保護法に基づき、当院で定めた利用目的の範囲内で利用いたします。

当院で定めた利用目的の範囲については受付に掲示してありますのでご確認願います。



ウェルビーイング内科クリニック
船橋法典