問　診　票

年　月　日

ふりがな		男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年　月　日生（　才）
お名前				
ご住所	〒 電話（　）　-			被保険者との続柄

・今日はどのようなことでおいでになりましたか？また、その症状はいつからですか？

（例：昨日からお腹が痛い、２日前から熱が下がらない... 等の症状など）

℃

（いつから：　　症状：　　）

・その他、日常で気になる症状などはございますか？

疲れが取れにくい　体重の増加　肌の調子　冷え症　薄毛　お腹の調子

関節痛　肩こり　頭痛　神経痛　栄養バランス（ビタミン・カルシウム不足など）　その他

・今までに次の病気にかかったことがありますか？　また、大きな病気や入院をしたことがありますか？

特にない　心臓病　高血圧　腎臓病　糖尿病　肝臓病　喘息　蕁麻疹　花粉症　その他アレルギー疾患

緑内障　前立腺肥大　大きな病気について　いいえ　はい（病名：　）

・現在、治療中の病気はありますか？　いいえ　はい（病名：　）

・何かお薬を飲んでいますか？　いいえ　はい（薬名：　）

・常用しているサプリメント、健康食品はありますか？　いいえ　はい（商品：　）

・今までに手術を受けたことがありますか？

いいえ　はい（手術名：　それはいつ頃ですか？　）

・今までに注射、飲み薬、ぬり薬、点眼薬、その他薬で何か異常

（発赤、腫脹、発疹、気分不快、ショック症状など）が起こったことはありますか？

いいえ　はい（薬名：　）

・今までに塗料、化粧品、染毛料、洗剤などで、かぶれたことがありますか？

いいえ　はい（何で：　）

・今までに食べ物で、じんましんや腹痛、下痢を起こしたことがありますか？

いいえ　はい（食品名：　）

・お酒を飲みますか？

いいえ　はい（ビール・ウイスキー・日本酒・焼酎・ワイン　１日平均　ml、　杯）

・煙草を吸いますか？　いいえ　はい（1 日平均　本／喫煙歴　約　年間）

・家族で大きな病気や慢性の病気にかかった人はいますか？

いいえ　はい（誰が：　病名：　）

■女性の方におうかがいします

・妊娠していますか？または妊娠の可能性がありますか？　いいえ　はい（妊娠　ヶ月）

・一番最近の最終月経はいつですか？　年　月　日から　日間

■当院を何でお知りになりましたか？

・HP　・SNS　・駅看板　・ご紹介（家族・紹介者　）・その他（　）