

初診: / /

ID: \_\_\_\_\_

## 問 診 票

ふりがな  
お名前 \_\_\_\_\_ 様(男・女)明・大・昭・平 年 月 日生( 歳)

住 所 〒 - \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

1. 本日はどのような症状で ご来院されましたか？
2. それはいつごろからですか？
3. 現在、治療を受けている(薬をのんでいる)病気はありますか？ (あり・なし)
4. 次の疾患にかかったことがありますか？ (あり・なし)  
1)高血圧 2)心臓病 3)糖尿病 4)肝臓病 5)腎臓病 6)胃腸疾患  
7)外傷・交通事故 8)眼科疾患 9)耳鼻科疾患 10)その他( )
5. アレルギーはありますか？ (あり・なし)  
1)アレルギー性鼻炎(花粉症) 2)じんましん 3)アトピー性皮膚炎  
4)気管支ぜんそく 5)薬物( )
6. アルコール・たばこは飲みますか？ ・アルコール (のむ・のまない)  
・たばこ (すう・すわない)
7. (女性のみ)現在、妊娠していますか？ (はい・いいえ)
8. 今回の診察は (健康保険・交通事故・労災・その他)
9. ご要望・ご質問などありましたら、お書き下さい。

\* 保険証のコピーをとらせていただくことに (同意する・同意しない)

ご記入ありがとうございました。