

受付 平成 年 月 日

### 問 診 票

下記の事項について記入、または○で囲んでください。ご不明な点がございましたら、窓口でお聞き下さい。

ふりがな	生年月日
お名前	大正・昭和・平成 年 月 日生 満 才
自宅電話番号:	携帯電話番号:
ご住所 〒	
勤務先名: 電話番号:	その他の連絡先名: 電話番号:

- 1) 本日はどのような症状でおいでになりましたか？(例:昨日よりお腹が痛い、下痢している。)  
症状:
- 2) これまでに入院するような病気にかかれたことがありますか？  
はい(病名: ) ・ いいえ
- 3) 現在、通院されている病院はありますか？  
はい(病院名: ) ・ いいえ
- 4) 現在、服用されているお薬はありますか？  
はい(薬品名: ) ・ いいえ
- 5) これまでに手術を受けられたことがありますか？  
はい(病名: 病院名: ) ・ いいえ
- 6) お薬や食べ物に対するアレルギーはありますか？  
はい( ) ・ いいえ
- 7) 生活習慣についてお尋ねします。  
a) 飲酒されますか？ はい ( ほぼ毎日 ・ 週に2-3回 ・ 時々 ) ・ いいえ  
b) 喫煙されますか？ はい ( 本/日 × 年 ) ・ いいえ
- 8) 現在、妊娠の可能性はありますか？または現在、授乳中ですか？  
はい ・ いいえ
- 9) 差支えなければ、当院受診の契機を教えてください。  
近いから ・ ネットや携帯で検索して ・ 知人の勧め ・ 家族が通院している ・ その他

ご協力ありがとうございました。

村田クリニック