

# 問診票

(初・再)

ふりがな \_\_\_\_\_

氏名 : \_\_\_\_\_ (男・女)

〒 -

住所 : \_\_\_\_\_

携帯・自宅電話番号 : \_\_\_\_\_ ( )

(必ずご記入下さい)

生年月日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢 : \_\_\_\_\_ 歳  
(小児のみ) 体重 : \_\_\_\_\_ kg

## ◆ 今日はどうされましたか？

- 診察・薬希望
- 診察のみ(薬なし)
- 漢方薬希望
- 血液検査がしたい
- 健診結果の相談・再検査がしたい

体温 \_\_\_\_\_ °C / 平熱 \_\_\_\_\_ °C

- その他検査希望 ( )
- 自費注射・点滴がしたい ( )
- 診断書希望 ( )
- その他 ( )

## ◆ 症状があるものに記入ください

発熱・のどの痛み・鼻水・せき、たん・頭痛・腹痛・嘔吐、吐き気・下痢  
頻尿、残尿感、排尿痛 (診察前に検尿がありますので、受付でカップを受け取って下さい)

その他の症状・ご相談内容

\*いつからですか ( )

## ◆ 新型コロナワクチン接種歴 (1回・2回・3回・4回・5回・6回・7回・8回・9回・10回・11回 / なし)

2024年10月～ インフルエンザワクチン(1回・2回・なし) 肺炎球菌ワクチン(有 / 無)

2025年10月～インフルエンザワクチン(1回・2回・なし)

## ◆ 現在服用している薬はありますか (はい・いいえ)

- 別の医院処方薬
- 市販薬

\* お薬手帳をお持ちの方は問診票と一緒にご提出下さい。

## ◆ 今までに薬・注射・でアレルギーを起こしたことはありますか (はい・いいえ)

『はい』と答えた方・・・ 分かれば薬剤名 ( )

## ◆ 女性の方のみお答えください

妊娠中ですか (はい・いいえ)

授乳中ですか (はい・いいえ)

## ◆◆◆以下初診の方のみご記入下さい◆◆◆

## ◇ 下記の病気にかかったことはありますか(該当するものに○をつけて下さい)

糖尿病 喘息 高血圧 脳梗塞 胃潰瘍 前立腺肥大  
緑内障 肝炎 不整脈 アトピー 熱性けいれん

\* その他に大きな病気・手術の経験はありますか (はい・いいえ)

『はい』と答えた方・・・ 分かれば病名・治療内容 ( )

## ◇ タバコは吸いますか 吸う・吸わない ◇ お酒は飲みますか 飲む・飲まない

## ◇ 当院をどのようにしてお知りになりましたか？ (複数回答可)

検索サイト Facebook Instagram 家族・知人の紹介 他院からの紹介  
近所 看板 職場に近い チラシ 電柱広告 その他( )

ご記入が済みましたら、受付にお出してください。ご協力ありがとうございました。