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？**

体温　　℃／ 平熱　　℃

☐ 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
☐ 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 ）
2025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 ）
2026年(今年)**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 ）
☐ 別の医院処方の薬　　☐ 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(該当するものに〇をつけて下さい)**

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　ｱﾄﾋﾟｰ　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　職場が近い　チラシ　電柱広告　その他（　　）

ご記入が済みましたら、受付にお出しください。ご協力ありがとうございました。