



問診票

No. _____

ふりがな

お名前

男・女

生年月日

明・大・昭・平

年 月 日

年齢

才

〒
ご住所

電話番号

❁ どのようなことでお困りですか？今までの経過もお書き下さい。

❁ 現在使っている薬の種類など、わかる範囲でお書き下さい。

❁ お薬を飲んだり、注射を受けたりした後で、気分が悪くなったり体にかゆみが出たりしたことがありますか？（気分が悪くなった・かゆみが出た・ない）

❁ 食べ物で体質に合わない物がありますか？（ない・ある _____）

❁ 今までに、輸血や手術を受けたことがありますか？（ある・ない）

❁ 歯医者さんやケガの処置で麻酔を受けた経験はありますか？（ある・ない）

気分は悪くなりませんでしたか？（なった・ならない）

❁ 今までにアレルギー・特異体質・ぜん息・花粉症などの診断を受けたことがありますか？（ある・ない）

❁ 今までに、漢方薬を飲んだことはありますか？（ある・ない・覚えていない）

「ある」と答えた方は、その名前などをお書き下さい。 _____

漢方薬の処方を希望されますか？（はい・いいえ・わからない）

❁ 〈女性の方へ〉

現在、妊娠の可能性はありますか？（ある・ない）

女医の診察を希望されますか？（はい・どちらでも）

❁ 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

（家族の方が通院している・家族の方から聞いた・知り合いの方から聞いた・家から近いインターネットで調べた・その他 _____）

❁ その他、ご要望がありましたら、お書き下さい。 _____

※お書きいただいた内容について診察の目的の範囲を超えて利用いたしません。

クリニック使用欄	
体温（	）
血圧（	）
体重（	）