

問診票

年 月 日

フリガナ 氏名		男 女	生 年 月 日	年 月 日 (歳)
住所	〒			
電話番号 (自宅)		電話番号 (携帯)		

●いつから、どのような症状がありますか？

いつから ()

どのような症状 ()

●現在、他の医院や病院にかかっていますか？

はい (病名: 医療機関:)

いいえ

●現在、服用中の薬はありますか？

ある ()

ない

●今までにかかったことのある病気やケガはありますか？

ある ()

ない

●薬や食べ物によるアレルギーはありますか？

ある ()

ない

●タバコは吸われますか？

吸ったことはない

以前吸っていたが、現在は禁煙している (それまで 本/日、通算 年)

現在吸っている (本/日、通算 年)

●お酒は飲まれますか？

全く飲まない

飲む (頻度: 毎日 ・ 週 回 ・ 時々)

(日本酒 合/日 ・ ビール 本/日 ・ ウイスキー 杯/日 ・ ワイン 杯/

日)

●女性の方へ：現在妊娠している可能性はありますか？

はい

いいえ

●その他、お伝えしたいことがございましたら、ご記入ください

ご記入ありがとうございました。ご記入いただきました個人情報は厳重に管理いたします。

岡田クリニック