

診察申込書 ● 問診票

記入年月日：平成 年 月 日

ふりがな			
お名前			男・女
生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日 ()	歳
ご住所	〒		
電話番号			
その他連絡先 (電話番号)		続柄	

※ この欄はスタッフが記入します。	
身長	cm
体重	kg
腹囲	cm
体温	℃
血圧	() mmHg ~ () mmHg
脈拍	
SPO ₂	%

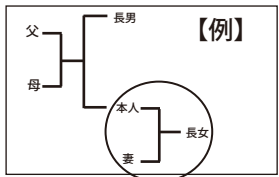
(1) 今日は、どうされましたか？ いつ頃から、どのような症状がありますか。

(2) 現在、他の医療機関に通院されていますか。
 通院中 通院していない
 病名 () 医療機関名 ()

現在、飲まれているお薬がありましたら教えてください。
 ・
 ・
 ・

(3) 過去にかかった大きな病気【入院や手術をするような病気】について教えてください。

(4) 家族構成、家族の既往歴を図に記入してください。(同居の方を○で囲んでください)
 独り暮らし
 ・キーパーソンは誰ですか
 ()



(5) 今まで投薬、注射、食べ物などでアレルギーを起こしたことがありますか。
 はい いいえ はいと記入された方は詳しく教えてください。

(6) 酒やタバコは1日どれくらい飲みますか。
 酒： () 合 ビール： () 本 たばこ： () 本

(7) 女性の方にお聞きします。現在、妊娠していますか。
 していない している → () ヶ月 閉経 → () 歳

お問い合わせ TEL：(0897)35 - 3001



はびねす内科クリニック