

問 診 票

受診日	平成 年 月 日
ふりがな 氏名	(男・女)
生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日生
住所	〒
電話番号	

1. お体の具合の悪い様子を教えてください。
 - ・いつからですか？
 - ・どこがどのように悪いですか？
 - ・この症状で、こちらにこられるまでに他の病院や医院にかかっておられましたか？
 はい いいえ
2. 次の病気の中で治療中のものがありますか？
 - 高血圧 狭心症・心筋梗塞 脳梗塞 糖尿病 痛風 喘息
 - 胃・十二指腸潰瘍 高脂血症 骨粗鬆症 甲状腺疾患
 - 貧血 リウマチ 緑内障 前立腺肥大症
3. その他、治療中の病気があればご記入ください。

4. 今までに大きな病気、ケガにかかったことはありますか？
才頃 病名

才頃 病名

5. 今までに薬や食べ物でアレルギー反応（発疹など）をおこしたことがありますか？
薬品・食品など

6. 現在、服用されている薬はありますか？
 - はい いいえ
 - 薬品名

7. 嗜好品についてお答えください。
 - たばこ 吸う・吸っていた 1日（ ）本×（ ）年
 吸わない
 - お酒 飲む 飲まない
8. 以下は女性のみお答えください。
 - 現在、妊娠されておりますか？
 はい いいえ わからない



石塚ファミリークリニック

〒663-8126 西宮市小松北町1丁目エムプラン小松1F
TEL 0798-44-3315 FAX 0798-44-3316