

# 問 診 票

記入日 令和 年 月 日

※問診票の記入が出来ない方は、受付までご遠慮なく申し伝えてください。

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. お体の具合を教えてください。
  - ・いつから? \_\_\_\_\_
  - ・どこがどのように悪いですか  
発熱 喉の痛み 咳 鼻水 頭痛 腹痛 下痢 かゆみ 倦怠感  
 他に (具体的に) \_\_\_\_\_
  - ・この症状で、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. 次の病気の中で既往や現在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 アレルギー アトピー
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?  
 \_\_\_\_\_ 年 ( 才 )  
 \_\_\_\_\_ 年 ( 才 )
5. 今までに薬や食べ物でアレルギー反応 (発疹など) はありますか?  
 \_\_\_\_\_ 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 吸わない      お酒 飲む 飲まない
8. 女性の方のみお答えください。 妊娠 はい いいえ 授乳中 はい いいえ
9. 医師に伝えたいこと、特に、診察してほしいことがあればお書きください。  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



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