

問 診 票

来院日：令和 年 月 日		体重	kg	体温	℃
フリガナ		性 別	男・女	年 齢	歳
お名前					
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日	
現住所	(〒 -)				
電話番号	()				
携帯番号	()				

- 1、今日どのような症状（理由）で来院されましたか。
 []

 - 2、既往歴（今までにかかった病気、いつ頃か）についてお伺いします。
 []

 - 3、飲んでる薬がありましたらお書きください。 (なし・あり)
 ※お薬手帳をお持ちでしたら、受付にお出してください。
-
- 4、今までに薬や食べ物でアレルギーがでたことはありますか。
 (なし・あり) ※ありましたらその症状もお書きください。
 お薬 食べ物 症状

 - 5、生活習慣についてお伺いします。
 喫煙(なし・あり・過去にあり)
 喫煙歴(本/日 年間)
 飲酒(なし・あり)
 飲酒量(ビール mL/日、 日本酒 合/日、 焼酎 mL/日)

 - 6、遺伝的（血統）に脳卒中の方がいらっしゃいますか。(なし・あり)
 続柄【 】 病名【 】
 続柄【 】 病名【 】

 - 7、本日どなたと来院していますか。
 []

 - 8、女性の方にお聞きします。妊娠していますか。(いいえ・はい・可能性あり)
 授乳中ですか。(いいえ・はい)