

問診票

問診日：平成 年 月 日

ふりがな

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 身長 _____ cm 体重 _____ kg

〒

住所 _____

電話番号 - -

携帯番号 - -

1. 本日は、どのようなことで相談にいらっしゃいましたか。
2. また、その症状は（問題）はいつ頃から続いていますか。
_____年 _____月から 現在は、（悪くなっている・良くなっている・変わらない）
3. 今までに他の病院や診療所に相談に行かれましたか。
はい いいえ
(_____)
4. 今までにかかったことのある病気を教えてください。
ない ある (_____)
5. 普段お飲みになっている薬があれば教えてください。
ない ある (_____)
6. 食べ物やお薬のアレルギーがあれば教えてください。
ない ある 食べ物： _____ お薬： _____
7. アルコールについて。
飲まない 飲む （頻度： 毎日 週に _____ 回 月に _____ 回 ）
8. おいでになったいきさつ。
自分の意志で (_____) のすすめで 紹介状がある
同伴者はいらっしゃいますか。
なし あり ありの方はご関係を記入ください (_____)
9. これまでの生活。
最後に通った学校と学科の名前 _____ ・卒業 ・中退 ・在学中 ・休学中
10. 現在の生活
現在の主な役割 （家事 ・ 学業 ・ 仕事（内容 _____ お立場 _____ ））
上記の役割を （こなせている ・ なんとかやれる ・ 時々休む・休んでいる）
11. 当院をどちらで知りましたか。
・医療機関の紹介 ・インターネット ・看板 ・その他 (_____)