# 問診票

受診日：　　年　　月　　日

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ | | 性別 | □男　・　□女 |
| 氏名 | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | （　　） | 携帯電話 | （　　） |
| 身長(cm) | | 体重(kg) | (測定日：　　/　　) |

■いつ頃から症状はありますか。

□ 本日から　　□ （　　）週間前から
□ 昨日から　　□ （　　）ヵ月前から
□ （　　）日前から　　□ 健康診断結果について

■身体症状を教えてください。（複数回答可）

□ 頭痛　□ せき　□ 下痢
□ お腹が痛い　□ 鼻水　□ 便秘
□ 吐き気　□ 熱　□ 動悸
□ 嘔吐　□ のどの痛み　□ 胸痛
□ 胃が痛い　□ 体がだるい　□ めまい
□　その他　（　　）

■今までに、下記の病気にかかったことはありますか。

□ 喘息　□ 高血圧　□ 腎臓病
□ 糖尿病　□ 心臓病　□ 肝臓病
□ 前立腺肥大　□ 緑内障
□ その他　（　　）

■今までに、入院をした病気やケガがありましたら記入してください。

[　　]

■現在、内服している薬がある場合はご記入ください。(お薬手帳をお持ちの方はお出しください。)

[　　]

■今までに、アレルギーを起こしたことはありますか。

□ なし
□ 花粉症　□テープ　□アルコール　□食物(　　)　□動物(　　)
□ 薬剤(薬剤名:　　症状:　　)

■女性の方のみ　：　現在、妊娠または授乳中ですか？　（　□いいえ　□はい　）

■アンケート：当院を知ったきっかけは何ですか。（複数回答可）

・インターネット検索の方
□ Yahoo検索、□ Google検索、□ bing検索、□ EPARK
□ Yahooロコ、□ Googleマップ、 □ その他（
・インターネット広告　：　□ Yahoo広告、□ Google広告
・その他　：　□チラシ（□自宅、□会社）　□ビルの看板　□紹介(　　)

■検診検査結果の持参　□無　□有(過去1年以内・A4以内でコピーをし、ご提示下さい)

※お願い※　スムーズな診察のため、予約時間前にお越し頂き、健康保険証、問診票、検査結果を受付にご提示下さい。

ご記入ありがとうございます。　　人生100年時代クリニック　院長