

問診票

令和 年 月 日 ID

(ふりがな) 氏名	T S 生年月日 H R 年 月 日
住所：	
電話番号：	

①本日はどうなさいましたか？

②症状はいつからありますか？

③現在治療中の病気はありますか？

いいえ ・ はい ()

④現在内服中のお薬はありますか？ いいえ ・ はい ()

※お薬手帳をお持ちの方は、受付へお出してください。

⑤今までに何かの病気・怪我をしたことがありますか？

いいえ ・ はい ()

その際に手術をしましたか？ ()

⑥アレルギーがありますか？

いいえ

はい 薬 () ・ 食べ物 () ・ 喘息 ・ アトピー ・ 花粉症
その他 ()

⑦以前に、赤堤ファミリークリニックで診療を受けていた方は、カルテを引く継ぐ事が
できますが、希望されますか？

いいえ (新しいカルテを作ります) ・ はい (過去の診療内容を拝見いたします)

⑧当クリニックお知りになったきっかけは何ですか？

HP ・ 駅看板 ・ 前を通りかかった ・ ご紹介 () ・ その他 ()

⑨女性の方へ

現在、妊娠の可能性はありますか？ いいえ ・ はい ・ 不明

現在、授乳中ですか？ いいえ ・ はい

ご記入ありがとうございました。
和みファミリークリニック