

# 問診票

ふりがな
名前

性別： 男 ・ 女

生年月日

住所 〒

電話番号（自宅）：

携帯番号：

来院理由：

症状がある場合、いつから：

紹介状・健診結果・同意書の持参      なし ・ あり ⇒ この問診票と一緒に受付に提出して下さい

治療中の病気      なし ・ あり ⇒ 病名：

昔かかった病気      なし ・ あり ⇒ 病名：

普段飲んでいる薬      なし ・ あり ⇒ 薬名：

薬や注射での副作用      なし ・ あり ⇒ 薬名：

血圧	/	脈	体温	°C
----	---	---	----	----

本日食事はされましたか？      いいえ ・ はい（      ）時間前

習慣についてお伺いします。

アルコールの  
種類を記入

一回の量を記入

普段の飲酒      しない ・ する ⇒ （      ）を週・月に（      ）回、（      ）ml

喫煙      しない ・ する ⇒ 一日の本数と喫煙年数：（      ）本を（      ）年間

定期的な運動      ない ・ ある ⇒ 運動の頻度と内容：

毎日の排便      ある ・ ない ⇒ （      ）日毎

便の性状      ふつう ・ 硬い ・ 柔らかい ・ 水様 ・ コロコロ ・ 細い

体の冷え      ない ・ ある ⇒ 冷えの場所： 手 ・ 足 ・ 腹 ・ 体全体

食欲      ある ・ ない

口のかわき      ない ・ ある

ストレス      ない ・ ある

妊娠の可能性      ない ・ ある

授乳      ない ・ ある

～受診のきっかけ～

- 家が近いから       通りすがり       インターネット       チラシ・新聞  
 他院からの紹介       知人の紹介       検診で勧められて       その他