

NO. _____

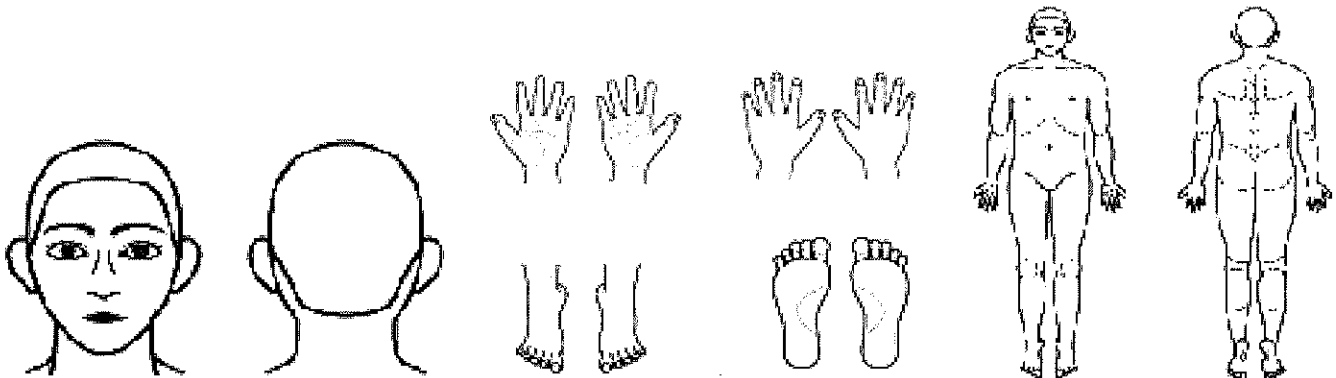
*** 問診票 ***

令和 年 月 日

大野台クリニック

ふりがな：		性別：男・女	
名前：			
生年月日： 年 月 日 (歳)		体重 (14歳以下の方) k g	
住所： 〒 _____ 都・県 市 区			
連絡先：自宅： _____		携帯： _____	
※診察券をお持ちの方は、住所・連絡先等変更があった場合のみご記入ください			
本日の体温： _____ ℃		脈拍： _____ 回/分	
血圧： _____ / _____			
当クリニックを何で知りましたか？ 1. クリニック前看板 2. 家族・知人の紹介 3. ホームページ 4. その他 (_____)			
★ マイナ保険証による診療情報の取得に同意されましたか？ ★ いいえ ・ はい			

1. 本日はどうされましたか？症状と場所をご記入下さい。



2. その症状はいつ頃からですか？ (_____)

3. 現在、治療中の病気はありますか？ 病名： (_____)

4. 現在、飲んでいる薬はありますか？ いいえ ・ はい (薬名： _____)

5. 今まで大きな病気にかかったこと、または手術をうけたことはありますか？ いいえ ・ はい

※「はい」の場合：病名 (_____) 手術 (_____) いつ頃 (_____) 歳

病名 (_____) 手術 (_____) いつ頃 (_____) 歳

6. 今まで薬や注射で気分が悪くなったり、発疹がでたことはありますか？
いいえ ・ はい (薬名： _____)

7. アレルギー性鼻炎 (花粉症など) ・アレルギー性結膜炎 ・喘息 ・じんましん ・アトピー性皮膚炎 ・緑内障 ・前立腺肥大 (男性の方のみ) はありますか？ いいえ ・ はい (あるものに○をつけてください)

8. 女性の方はご記入ください

現在、妊娠していますか？ いいえ ・ はい (_____ ヶ月)

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。