



新規ご登録 & 問診票

ご記入日 年 月 日

(ID :)

※お久しぶりの方は **ご住所**・**電話番号**変更ありましたらご記入下さい。

ふりがな		男	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	(歳)
お名前		女	住所	〒 — — — — —				
			電話番号	— — — — —	携帯	— — — — —		
1. 今日はどうなさいましたか？ ※あてはまる症状に○をつけて下さい。			身長	— — — — —	cm	体重	— — — — —	kg
20歳時体重					kg			

症状はいつからですか？(日前から)

【 職業 : _____ 】

発熱 (体温 _____ °C)

喉が痛い・咳が出る・たんが出る・鼻水が出る・頭痛・関節痛・腹痛・下痢・嘔吐・吐き気
めまい・胸痛・動悸・息切れ・健診で異常を指摘

詳しい症状 又は その他 ございましたら、ご記入下さい。

2. 現在、かかっている病院やお薬はありますか？ はい いいえ

「はい」とお答えいただいた方へ

通院先の病院名 病名 通院先の病院名 病名

※お薬手帳・薬剤情報提供書などお持ちの方はお見せ下さい。

3. 今までに病気やけがで、通院・入院・手術したことはありますか？ はい いいえ

「はい」の方は通院先の病院名と病名をご記入してください。(例: 40歳 ○○病院 糖尿病 など)

年齢	病院名	病名	年齢	病院名	病名
歳	_____	_____	歳	_____	_____
歳	_____	_____	歳	_____	_____
歳	_____	_____	歳	_____	_____

その際に、輸血を受けたことはありますか？ はい いいえ

4. 血縁者の方でがん・高血圧・脳卒中・心臓病・糖尿病・肝臓病・喘息・結核の方はいますか？ はい いいえ

「はい」とお答えいただいた方へ

・どなたが？ () 病名 _____ ・どなたが？ () 病名 _____ ・どなたが？ () 病名 _____
 ・どなたが？ () 病名 _____ ・どなたが？ () 病名 _____ ・どなたが？ () 病名 _____

5. お薬や食品などのアレルギーはありますか？ はい いいえ

「はい」とお答えいただいた方へ → 薬(注射) < _____ > / 食べ物 < _____ >

6. 嗜好品についておききます。

○アルコールは飲みますか？ 飲まない

飲む (週に _____ 回位) (1回量: ビール _____ 本位 / 他お酒 _____)

○たばこは吸いますか？ 吸わない 以前吸っていた

吸う (1日約: 10本以下 20本以上)

7. 女性の方におききます。

現在 (妊娠中・授乳中) ですか？ (はい・妊娠の可能性ある・いいえ)