



新規ご登録 & 問診票 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		生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 (歳)
お名前	男 ・ 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	
症状はいつからですか？(日前から)					kg	20 歳時体重 kg

発熱 (体温 _____℃)
 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)

8. 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)