

問 診 票

令和 年 月 日

本日の体温

°C

ふりがな

生年月日

氏 名

(男・女)

明・大・昭・平

年

月

日

(歳)

〒
住 所

電話番号

携帯電話番号

1. 本日はどうされましたか。
いつ頃からどのような症状ですか
2. 今までに大きな病気をされたことがありますか
いつ頃・どのような病気
3. 今までに指摘されたことのある病気に ○ を付けてください
【 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 肝臓病 ・ 腫瘍 】
4. 血縁関係（祖父母、父母、子供）の方で次の病気にかかったことがある又は、かかっている方がいれば ○ を付けてください
【 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 肝臓病 ・ 腫瘍 】
5. 今までに、お薬・食べ物などでアレルギーはありますか (ある ・ ない)
「ある」と答えられた方のみ具体的にお書きください
6. たばこを吸いますか (はい ・ いいえ)
7. アルコールは飲まれますか (はい ・ いいえ)
何を () どれだけ ()
8. 常備薬はありますか (はい ・ いいえ)
薬品名
9. 現在、病院にかかられていますか (はい ・ いいえ)
医療機関名 () 病名 ()
10. お薬の処方について 希望される方に ○ を付けてください
院内 ・ 院外 (薬局名)
11. 女性の方へ
妊娠している可能性はありますか (はい ・ いいえ)
授乳中ですか (はい ・ いいえ)
12. 家族・職場・友人での新型コロナウイルス陽性者はいますか (10日以内) (はい ・ いいえ)
13. その他、気になることがありましたらご記入ください。

☆保険証・診察券（お持ちの方）は、一緒に受付に提出してください

※問診票は当院で定めた利用目的の範囲内で利用いたします

さくらクリニック