

問 診 票

※この問診票に記載していただく事柄は、患者さんの診療記録（カルテ）を作成するために使用します。

ふりがな

お名前

生年月日

大正 昭和
平成 令和

年 月 日

〒 ー ー
ご住所

□グリーンフォレスト戸田（ 号室）

お電話番号

（連絡がとれるところ）

●患者さんへ当クリニックよりご連絡を差し上げる
場合がございます。ご了承頂けない方は、下記を
○で囲んで下さい。 了承しない

1 本日の症状を教えてください。

()

- ワクチン接種・健康診断などは保険適用外となります。
- 禁煙外来について
 - ・ 自動車を日常的に運転される方は薬の処方が保険適用外になる場合がございます。
 - ・ 保険適用になる薬は内服薬（飲み薬）のみとなります。

2 上記の症状はいつ頃からですか？

_____ 頃から

3 通院中の病気はありますか？

いいえ ・ はい (病名: _____)

4 アレルギーはありますか？（薬・食べ物・その他の物も含まれます。）

いいえ ・ はい (アレルギー: _____)

5 今までにおおきな病気にかかったことはありますか？

いいえ ・ はい (病名: _____) (時期: _____)

6 たばこは吸いますか？

吸わない ・ 吸う _____ 本/日 やめた(時期: _____ 年頃) ・ やめたい

禁煙外来ご希望の方へ

- ・ 禁煙外来を受診するのは初めてですか？
 - ・ 前回の禁煙外来はいつごろですか？
- いいえ ・ はい (他医療機関での受診も含む) 平成 _____ 年 _____ 月ごろ

7 女性の方へ

- ・ 現在妊娠中ですか？
 - ・ 現在授乳中ですか？
- いいえ ・ はい (_____ 週) いいえ ・ はい

8 当クリニックを知ったきっかけを教えてください。

以前からのかかりつけ ・ ホームページ ・ 他院からの紹介 ・ 看板 ・ 知人の紹介
家族が受診している ・ その他: _____

