ID：

問　診　票

令和　　年　　月　　日

― 初診の方は、診察をスムーズに行なうために、ご記入ください ―

フリガナ 氏名　　様	明・大・昭・平　年　月　日（　歳）	職業	男・女
住所　〒		電話番号	

受診のきっかけは？□にチェックしてください。

□　知人の紹介（　　さま）
□　インターネット　　□その他（　　）

① 今回は、どのような症状でご来院なさいましたか？

ダイエット希望ですか？（はい・いいえ）　その他症状のかたはご記入下さい。

② 現在の症状は、いつ頃からですか？

平成・令和　　年　　月　　日　　頃から

③ 今までに、大きな病気や手術をしたことがありますか？〇をつけてください。

ない
ある　⇒　病名

④ 現在、通院中の病院または内服薬がありますか？〇をつけてください。

ない・ある　⇒　病院名
　　薬名

⑤ 薬によるアレルギーはありますか？〇をつけてください。

ない　・　わからない
ある　⇒　薬名

⑥ 苦手な食べ物はありますか？〇をつけてください。

ない　・　ある ⇒ シナモン・セロリ・牛乳・その他（　　）

⑦ 女性の方で、妊娠の可能性がありますか？〇をつけてください。

ない　・　はっきりしない　・　可能性がある　・　妊娠中　・　授乳中

⑧ 喫煙、飲酒について教えてください。〇をつけてください。

タバコ　　吸わない　・　吸う ⇒１日　　本　　歳から
アルコール　飲まない　・　飲む ⇒ 何を：　　１日：

⑨ ご家族にご病気はありますか？〇をつけてください。

ない・ある　⇒　脳卒中・心臓病・高血圧・糖尿病・高脂血症
その他のかたはご記入下さい。

↓２枚目の記載もお願いします！

ご協力ありがとうございました。

栄 漢方内科クリニック