

❀ 問 診 票 ❀

年 月 日

ふりがな

お名前

性別：男性・女性

生年月日：

年 月 日（ 歳）

ご住所：〒

お電話番号：

- ① 本日はどうなさいましたか？（いつから、どんな症状がありますか？）

- ② これまでに病気にかかったことがありますか？（ ある・ない ）

高血圧・糖尿病・脳梗塞・心臓病・喘息・肝臓病・結核・前立腺肥大

緑内障・その他（ ）

手術を受けた（ ） 輸血を受けた（ある・ない）

- ③ 現在、通院中の病院・クリニックはありますか？（ ある・ない ）

（医院名： ）

- ④ 現在、服用しているお薬はありますか？（ ある・ない ）

（お薬名： ）

※お薬手帳がある方は当日ご持参していただくだけで結構です。

- ⑤ お薬や食品でアレルギーがありますか？（ ある・ない ）

ある方は具体的に記入して下さい。（ ）

- ⑥ 嗜好品について

たばこ（吸わない・吸う 本/日）

アルコール（飲まない・飲む 頻度 日/週、量 、種類 ）

- ⑦ 女性の方のみお答え下さい

妊娠中ですか（はい・いいえ） 授乳中ですか（はい・いいえ）

ありがとうございました

花本クリニック