問 診 票

志木南口クリニック

ふりがな		性別	
お名前		男 ・ 女	
生年月日	大正 昭和 平成 令和　　年　　月　　日（　　才）	体重	Kg
郵便番号	〒　　－		
住所		体温	℃
電話番号	（　　）		
携帯電話	（　　）		

★ 本日はどうされましたか？（ケガの場合は、部位もご記入ください。）

★ いつごろからですか？

月　　日 ～

★ アレルギーはありますか？

☐ いいえ

☐ はい　　卵 ・ 花粉症 ・ 喘息 ・その他（　　）

★ 今までに薬を飲んで副作用を起こしたことはありますか？

☐ いいえ

☐ はい　薬の名前（　　）

症状（　　）

★ 現在、服用中の薬はありますか？

☐ いいえ

☐ はい　薬の名前（　　）

処方された病院名（　　）

★ お薬手帳はお持ちですか？

☐ いいえ

☐ はい　→診察室で医師にお見せください。

★ たばこは吸いますか？（吸っていましたか？）

☐ いいえ

☐ 吸う

☐ 以前吸っていた

1日（　　本）× 期間（　　年）

★ 日常的に運転はしますか？

☐ いいえ　　☐ はい

★ 女性の方へ

妊娠中ですか？　☐ いいえ　☐ はい（　　）ヶ月

授乳中ですか？　☐ いいえ　☐ はい