**問診表**

**ご住所**

**フリガナ**

**お名前**

**生年月日**

**性別**

男 ・ 女

　　.　℃

**体温**

大正・昭和・平成　　　年　月　日　/ 　歳

1. 今日はいかがなさいましたか？

（他にも気になっている症状はありますか？　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. その症状はいつ頃からですか

　　　　　　日前　　　　　時ごろから

1. 何かお薬は飲みましたか

いいえ　・　はい　→（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 3か月以内に病院にかかりましたか？

いいえ　・　はい　→（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 1年以内に入院した事はありますか

いいえ　・　はい　→（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. ご家族に以下の病歴をお持ちの方はいらっしゃいますか

脳卒中・痛風・高血圧・肝臓病・腎臓病・心臓病・糖尿病・がん・その他

続柄（　　　）疾患名（　　　　　　）　続柄（　　　）疾患名（　　　　　　）

1. 何かアレルギーはお持ちですか

（　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 日常服用しているサプリメント・健康補助食品・はありますか

（　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 女性の方へお伺いします：現在妊娠中ですか

いいえ　・　はい　→（現在　妊娠　　　　か月）

●アンケートにご協力ください●

当院を知ったきっかけは何ですか？

インターネット・患者様の紹介（　　　　　様）・地域情報誌・駅看板・通りがかり

**ご記入いただきありがとうございました。**

**おくすり手帳をお持ちの方は、問診表と一緒に受付へお渡しください。**

**●●●クリニック**