

受付票

カルテNo

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒 ー		
電話番号	身長	cm	体重 kg

問診票 体温 °C 身長 cm 体重 kg

本日はどうなさいましたか？当てはまるものにチェックをつけてください。

痛い (頭 のど 胸 おなか 背中 その他 ())
熱 鼻水・鼻づまり 咳・たん 吐き気 胸やけ 動悸・息切れ
胃が痛い・もたれる 便に血が混じる 便秘 下痢 食欲低下
尿に血が混じる 尿が近い 排尿時に痛みがある むくみ めまい・ふらつき
不眠 皮膚のかゆみ 血圧が高い 健診でひっかかった 紹介状持参
健康診断 その他 ()

症状はいつ頃からありますか？ 約 () 日前・週間前・ヶ月前・年前から

過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？
なし あり ()

現在、治療中の病気はありますか？
なし あり ()

現在、飲んでいるお薬（市販薬やサプリメント含む）はありますか？
なし あり ()

喫煙、飲酒について教えてください

喫煙：吸わない 吸う (本/日 × 年間)
禁煙した (年前から。それまで喫煙 (本/日 × 年間))
 飲酒：飲まない 飲む (週 日) 種類・量 ()、何歳から (歳)
禁酒した (年前から。それまで種類・量 ()、(年間)

食べ物やお薬・注射のアレルギーはありますか？
なし あり (具体的に：)

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？
いいえ はい (妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中)

当院をどちらでお知りになりましたか？
インターネット (HP SNS 検索サイト) 広告・看板 知人 家が近い
その他 ()