

# 問 診 票

令和 年 月 日

ふりがな		生	明・大・昭・平・令		
お名前	男・女	年月日	年	月	日生
			電	自宅	
ご住所	〒	-	話	携帯	

1. いつからどうされましたか？

[ ]

2. 同様の症状で他院を受診されたことがありますか？

あればその時の病名と治療内容をお書きください。

ない・ある ( )

3. 過去に大きな病気（入院、手術など）をしたことがありますか？

あればいつ頃で、どういう病名ですか？

ない・ある ( )

4. 現在治療中の病気はありますか？

あれば病名をお書きください。

ない・ある ( )

5. 今までに飲み薬、ぬり薬、点滴、食べ物などでじんましん、呼吸困難などのアレルギー症状が出たことはありますか？

あれば薬、食品の名前と症状をお書きください。

ない・ある ( )

6. たばこは吸われますか？

吸う ( ) 本/日 × ( ) 年 ・ 吸わない ・ 以前は吸っていた ( ) 年前まで ( ) 本/日 × ( ) 年

アルコールは飲まれますか？

毎日飲む ・ 時々飲む ・ 飲まない ※ ( ) 合/日

※飲酒日の1日当たりの飲酒量は日本酒1合に換算した場合はどれくらいですか？

日本酒1合 (180ml) の目安：ビール中びん1本 (500ml) ・ 焼酎0.6合 (110ml) ・ ウイスキーダブル1杯 (60ml)  
ワイン1/4本 (180ml) ・ 缶チューハイ1.5缶 (520ml)

7. 女性の方へ 現在妊娠している可能性はありますか？または授乳中ですか？

はい ・ いいえ ・ わからない ・ 現在授乳中

8. 当院を受診されたきっかけを教えてください。

①自宅や職場に近いから ②家族・知人の紹介 ③チラシを見て  
④ホームページを見て ⑤看板を見て ⑥その他 ( )



さいとう内科クリニック

内科・アレルギー科・泌尿器科・在宅医療