

## 問診票（松尾医院）

必ずご記入下さい

受診者の

ふりがな

氏名 生年月日 年 月 日生 男・女

住所 TEL

1. 今日は何の様な症状・ことで来られましたか？

(○でお囲み下さい)

熱 ( °C) ・鼻水・のどが痛い・咳・喘鳴 (ゼイゼイする) ・嘔吐 (吐く) ・下痢・  
腹痛・食欲不振・眠れない・めまい・頭痛・肩こり・動悸・胸痛・全身倦怠感・手足の  
しびれ・健康診断・精密検査・相談・その他 ( )

2. それは、いつからですか？ ( )

3. 今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？

ない・ある ( )

4. 今、治療中の病気や飲んでいる薬はありますか？

ない・ある ( )

5. 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

ない・ある ( )

6. あなたの両親、兄弟で次の病気の方はいらっしゃいますか？

高血圧・心臓病・糖尿病・癌・結核・その他 ( )

7. あなたの生活習慣などについてお答え下さい。

食欲 (ある・普通・ない) 便通 ( 回/日・軟便・便秘ぎみ)

タバコ ( 本/日) お酒 (何を どの位 /日)

妊娠中 ( ヶ月) 授乳中

8. 当院にこられた理由をお聞かせ下さい。

1. 近くにあるから 2. 家族がかかっている 3. 評判をきいて

4. ( ) さんの紹介 5. HP をみて 6. その他

ありがとうございました。受付にお渡しください。