



新規ご登録 & 問診票

記入日 年 月 日

(ID :)

※お久しぶりの方は **ご住所**・**電話番号**変更ありましたらご記入下さい。

ふりがな		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)		
お名前		男			
		女			
		住所	〒 -		
		電話番号	- -	携帯	- -
1. 今日はどうなさいましたか？		身長	cm	体重	kg
※あてはまる症状に○をつけて下さい。					20 歳時体重 kg

症状はいつからですか？(日前から) 【 職業 : 】

発熱 (体温 _____℃ 解熱剤は服用しましたか？ _____月 _____日 AM・PM _____時)

喉が痛い ・ 咳が出る ・ たんが出る ・ 鼻水が出る ・ 頭痛 ・ 関節痛 ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 吐き気
めまい ・ 胸痛 ・ 動悸 ・ 息切れ ・ 健診で異常を指摘

この1年間で健診(特定健診・会社健診など)を受診しましたか？ 結果持参の方はご提出ください。

受診時期 年 月 日 異常指摘はありましたか？ はい いいえ

「はい」とお答えいただいた方へ以下ご記入ください。何について指摘されましたか？

2. 現在、かかっている病院やお薬はありますか？ はい いいえ

「はい」とお答えいただいた方へ

通院先の病院名 病 名 通院先の病院名 病 名

※お薬手帳・薬剤情報提供書などお持ちの方はお見せ下さい。

3. 今までに病気やけがで、通院・入院・手術したことはありますか？ はい いいえ

「はい」の方は通院先の病院名と病名をご記入してください。(例: 40 歳 ○○病院 糖尿病 など)

年齢	病院名	病 名	年齢	病院名	病 名
____ 歳	_____	_____	____ 歳	_____	_____
____ 歳	_____	_____	____ 歳	_____	_____

その際に、輸血を受けたことはありますか？ はい いいえ

4. 血縁者の方でがん・高血圧・脳卒中・心臓病・糖尿病・肝臓病・喘息・結核の方はいますか？ はい いいえ

「はい」とお答えいただいた方へ

・どなたが？ () 病名 _____ ・どなたが？ () 病名 _____ ・どなたが？ () 病名 _____

5. お薬や食品などのアレルギーはありますか？ はい いいえ

「はい」とお答えいただいた方へ → 薬(注射) < > / 食べ物 < >

その他 _____

6. 嗜好品についておききします。

○アルコールは飲みますか？ 飲まない

飲む (週に _____ 回位)(1回量:ビール _____ 本位 / 他お酒 _____)

○たばこは吸いますか？ 吸わない 以前吸っていた

吸う (1 日約: 10 本以下 20 本以上)

8. 女性の方におききします。

現在 (妊娠中 ・ 授乳中) ですか？ (はい ・ 妊娠の可能性がある ・ いいえ)