



とみさわクリニック 問診票

記入日 年 月 日

お名前	ふりがな	生年月日
		大正 昭和 年 月 日 平成
連絡先	〒	TEL
職業		E-mail :

以下の項目について、○で囲むもしくはご記入下さい。

■本日はどうなさいましたか。具体的に

(体温 °C)

■いつからですか？

平成 年 月 日 頃から

■上記の症状で他の病院を受診されましたか？ ()

■今まで大きな病気あるいは現在治療中の病気がありますか？

・なし

・あり → どんな病気でしたか？ ()

いつ頃 (約 ヶ月前/約 年前)

現在治療中： (医療機関)

■現在飲まれているお薬はありますか？

・なし ・あり →どんなお薬ですか？ ()

■今までアレルギー・特異体質といわれたことがありますか？

・なし ・あり (薬： 食品： その他)

■たばこ：吸わない・過去に吸っていた・現在も吸っている： 本/日 (~ 歳)

■酒：飲まない・飲む：毎日・週 () 回・機会飲酒 (種類： 飲酒：)

■妊婦の可能性： あり ・ なし 授乳中： はい ・ いいえ

■当院をお知りになったきっかけは何ですか？

■当院の印象 (スタッフ・診療所) はいかがでしょうか？

近所に在住 (通勤・通学路) / ホームページ / 広告 (駅地図広告・電柱広告) / 知人の紹介
他の医療機関からの紹介 / その他 ()