

この質問表は、病気を治すために大切な資料となります。差し支えない範囲で、ありのままお書きください。秘密は固くお守りいたします。

ID () 受診日 年 月 日

ふりがな 氏名		性別： 男性・女性	
年齢： 歳	生年月日	M・T・S・H	年 月 日
住所：〒			
電話：		携帯：	

① 現在の症状を○でかこんでください。

★いつから（本日・ 日前から）
 発熱（ °C） 頭痛 咽頭痛 鼻閉・鼻汁 咳 胸痛 腹痛
 嘔気・嘔吐 下痢 腰痛 その他（ ）

② 他の医療機関を受診されましたか？

はい（病医院名： ） ・ いいえ
 え

その際お薬は処方されましたか？

はい（処方内容： ） ・ いいえ

※薬袋・薬手帳をお持ちですか？ はい ・ いいえ

③ 現在飲まれているお薬や市販薬、サプリメントはありますか？

はい（ ） ・ いいえ

④ 診察についてご要望がありますか？ 下記に○をするか、具体的にお書きください。

- a. しっかり検査をしてほしい。
- b. 早く治したいので、費用がかかってもできる限りの治療をしてほしい。
- c. 痛いのはとても苦手。
- d. 検査や薬は必要最小限にしてほしい。

（その他のご要望： ）

裏面へ続きます➡



この質問表は、病気を治すために大切な資料となります。差し支えない範囲で、ありのままお書きください。秘密は固くお守りいたします。

⑤ 今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？ ある ・ ない

高血圧 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病 ・ 痛風 ・ 心臓病 ・ 脳卒中 ・ 肝臓病
肺疾患 ・ 腎臓病 ・ その他（ ）

⑥ 今まで食物、お薬やお注射でアレルギーがでたことはありますか？

はい（食物名/薬剤名： ） ・ いいえ

⑦ （女性の方のみ）現在妊娠中もしくは授乳中ですか？

はい ・ いいえ

⑧ 健診結果や他医院からの紹介状はありますか？

なし ・ あり

当院を受診したきっかけはなんですか？○をつけてください（複数回答可）。

① 自宅・職場・学校から近いから

② 前を通りかかって

③ インターネットで検索

A.クリニックのホームページ B. 病院紹介サイト C. 地域紹介サイト

④ 他の病院・クリニックからの紹介に

⑤ リーフレット・チラシ・情報誌で見た

⑥ 家族や知人・友人の薦め

⑦ 建物がきれい

⑧ なんとなく ⑨ その他（ ）

ご協力ありがとうございました。