

年 月 日

診察券No. \_\_\_\_\_

## 問診票

ふりがな

男

西暦・大正・昭和・平成・令和

お名前

様  
女

生年月日

年

月

日

(才)

(〒 ー )

ご住所

ご自宅

ご連絡先 携帯電話

ご職業／勤務先

※ 職業に関連する病気がございますので、差し支えなければご記入ください。

◇ 本日はどのような症状、相談内容で来院されましたか？（体温 \_\_\_\_\_℃）

◇ それは、いつ頃からですか？

◇ 現在、他の病院で治療中の病気はありますか？

ない ある（病名： \_\_\_\_\_）

（病院名： \_\_\_\_\_）

◇ 現在、服用中のお薬はありますか？（市販薬も含みます）

ない ある（お薬の名前： \_\_\_\_\_）

◇ たばこは吸いますか？

吸わない 以前吸っていた 吸う（1日 \_\_\_\_\_本くらい）

◇ お酒は飲みますか？

飲まない たまに飲む 毎日飲む（量は1日 \_\_\_\_\_くらい）

◇ アレルギーはありますか？

ない ある（何に対してですか？ \_\_\_\_\_）

◇ 来院されたきっかけを教えてください

看板 ホームページ チラシ 近所 家族・知人からの紹介（ \_\_\_\_\_様）

以前から阿部院長にかかっていた 他院からの紹介 その他（ \_\_\_\_\_）

ご記入ありがとうございました。  
お手数ですが、受付へお持ちください。



春日駅前  
あべファミリークリニック