当院を初めて受診される方は、黒い太枠と1～8をご記入ください。

それ以外の方は氏名と2～8をご記入ください。

ID:	日付:

成人用問診票

フリガナ 氏名　（男・女）		生年月日	大・昭・平・令 年　月　日生
〒 □□□－□□□□ 住所		電話番号：連絡する順にお書きください。 1）　自宅・携帯(続柄　) 2）　自宅・携帯(続柄　)	
職業	夜勤：あり　／　なし	身長/体重	cm　kg

※前回受診時から住所・電話番号の変更がある場合はご記入の上、受付スタッフにお声かけください。

1. 今までにかかったことのある病気や、入院したことはありますか？　（ はい ・ いいえ ）

□高血圧（　才から）　□糖尿病（　才から）　□高脂血症（　才から）　□脳梗塞（　才から）
□脳卒中（　才から）　□心臓病（　才から）　□肝臓病（　才から）　□腎臓病（　才から）
□喘息（　才から）　□緑内障（　才から）　□花粉症（　才から）　□前立腺肥大（　才から）
□〔　〕癌（　才から）　□その他（　）

□食物アレルギー（　　□薬や注射のアレルギー（

□入院治療を受けた病気（

---

2. 現在、治療中の病気はありますか？　（ はい ・ いいえ ）

病名　前立腺肥大　有 or 無　、　心臓病　有 or 無

3. 内服中の薬はありますか？　**お薬手帳があれば、受付にお出しください**

薬名

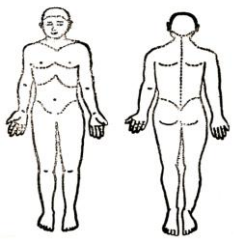
4. 喫煙歴はありますか？　（ なし ・ あり（1日　本） ・ 過去にあり（喫煙本数　本/日 × 喫煙年数　年））

5. 【女性の方のみ】当てはまる方は○をつけてください　（ 妊娠中［　ヶ月］ ・ 授乳中 ・ 分からない ）

6. 本日はどのような理由で来院されましたか？

※**「いつから・どんな症状か」**をご記入ください

皮膚・痛みの方は○をつけてください



・他院からの紹介（病院名：　）

7. 思い当たる原因はある方は、ご記入ください。

8. **薬や注射で副作用がでるもの（ショック、発疹、気分不良）**などがありましたらお書き下さい。
また、検査のご希望やご質問、ご不明な点などもお気軽にお書きください。

ご協力ありがとうございました。ご記載の内容は診療目的でのみ利用させていただきます。

溝口ファミリークリニック公式LINEでは、休診のお知らせや健康にまつわる情報を配信したり、
ネット予約やご予約の変更もできます。右のQRコードをカメラで読み取るとお友達登録は完了です。
スムーズな診療を提供するために、ぜひご活用ください。

溝口ファミリークリニック