**診察を受けられる方に**

**フリガナ**

**お名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別**

**男・女**

**生年月日；　　　　　年　　　月　　　日　　　　　 　歳**

**住所　〒　　　　　　　　　　　 　　県**

**市**

**自宅電話・携帯番号**

**－　　　　　　－**

1. **今回は、いつ頃から、どこが、どの様に具合が悪くて来院されますか？**

**いつから（　　　　　　　　）　どこが（　　　　　　　　　　）**

**どの様な症状（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

1. **今までにかかったことがある病気や、服用中のお薬はありますか？**

**病気（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**薬　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

1. **手術や輸血を受けたことはありますか**

**手術・輸血（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**処方されている薬（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

1. **食べ物や薬等にアレルギーは有りますか？**

**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

1. **タバコは吸われますか？　・吸わない　・吸う（　　　　本／日）**

**6）アルコールは飲みますか？（ビール・焼酎　　　　　　 　ml/日）**

**7）女性の方へ：**

**現在妊娠されていますか？（ はい　 いいえ　 不明 ）**

**授乳中ですか？ 　（ はい 　いいえ ）**

**8）診察や治療に関して希望や、心配なことが有ればお書きください**

**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**来院時　（　　　　　年　　　月　　　日　　　　時　） 測定**

**身長：　　　　　　　　ｃｍ　　　　体重：　　　　　　kg**

**血圧：　　　　／　　　mmHg　　　脈拍　　　　　　／分**

**体温：　　　　　　　　℃**

**藤田クリニック**

**電話：079-297-4823**

**FAX：079-298-8639**

**受診の案内をスムーズにするため、この問診票に記入し、**

**受診前に電話とFAXを　お願いいたします　：　藤田クリニック　院長**