

大人用（高校1年生～）問診票

記入日 H 年 月 日

ふりがな 氏名				男	・	女
生年月日 大正・昭和・平成	年	月	日	年齢	歳	
〒 現住所	市	区				
電話番号	0	—	—	(携帯)	—	—
緊急連絡先	様			(携帯)	—	—

①本日、受診するきっかけになった主な症状は何ですか

()

②今までにかかった主な病気、けが、手術について教えてください ○印をつけてください

なし
あり ()

③健康診断等で異常を指摘されたことはありますか

なし
あり (いつ頃 何を)

④薬や食べ物のアレルギーはありますか

なし
あり (食べ物 薬)

⑤アルコールは飲みますか

いいえ ・ はい
毎日飲む ・ 時々飲む
その時に飲む量 (ビール 杯、日本酒 合、その他)

⑥たばこは吸いますか

いいえ ・ はい (銘柄 1日 本)

⑦女性の方へ、現在妊娠されていますか

いいえ (生理の直後 ・ 生理の間 ・ 生理の直前)
はい (現在 週)
わからない (妊娠の可能性が有る ・ 生理不順でわからない)