

(大人用)

くまい医院問診票

ご来院予定日 年 月 日

記入日 年 月 日

フリガナ		男	昭・平・令	年	月	日生
氏名		女	満年齢	才	カ月	
現住所						
電話		体重	k g			
携帯番号		e-mail				
携帯、eメールを使って医療情報等をお知らせできるようになりました。 くまい医院からのお知らせをさしあげることに同意いただけますでしょうか。 はい ・ いいえ						

(下記のあてはまるところにご記入ください)

- ①今日はどんな症状で来院されましたか。
- ②現在、服用中の薬、又は常用薬がありますか。  
・ない ・ある ( )
- ③今までにかかった病気はありますか。  
・ない ・ある ①高血圧 ②ぜんそく ③心臓病 ④肝臓病 ⑤糖尿病  
⑥緑内障 ⑦その他 ( )
- ④今までに薬、又は点滴・注射を接種して副作用が出たことがありますか。  
・ない ・ある ①かぜ薬・ピリン等 ②鎮痛剤 ③抗生物質(ペニシリン等)  
④食物 ( ) ⑤その他 ( )
- ⑤肉親(親、兄弟、子など)、下記の病気の人、又は亡くなった方がいますか。  
・ない ・ある ①ガン ②脳卒中 ③糖尿病 ④心臓病 ⑤結核 ⑥肝臓病
- ⑥酒類を飲みますか。  
・いいえ ・はい (種類 )  
(時々 1日 本)
- ⑦タバコを吸いますか  
・いいえ ・はい ( 1日 本)
- ⑧(女性の方に) 現在妊娠されていますか。  
・いいえ ・不明 ・はい
- ⑨授乳中ですか。  
・いいえ ・はい
- ⑩その他、希望事項がありましたらお書き下さい(検査・点滴など)



TEL (0568) 31-7525

ありがとうございました FAX (0568) 34-6412