

問 診 票

年 月 日

ふりがな	
お名前	男・女
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 才
ご住所	〒
お電話	ご自宅 () 携 帯 ()

1 今日どのような症状で受診されましたか？

いつ頃から ()
症状 ()

※漢方薬治療を希望されますか。 はい いいえ どちらでも

2 現在、治療中の病気はありますか？

ない ある 医療機関名 ()
病名 ()
飲んでいる薬 ()

※お薬手帳（飲んでいる薬がわかるもの）をご提示ください。

3 今までに重い病気やケガをしたことはありますか？

ない ある 病名 ()

4 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？

ない ある 薬 ()
食べ物 ()
その他 ()

5 嗜好品についてお伺いします。

タバコ 吸わない 吸う (1日 本) 喫煙歴 (年)
お酒 飲まない 飲む (週 本) (量)

6 女性の方にお伺いします。

妊娠の可能性 なし あり 授乳中 はい いいえ

7 マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ はい いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。



ふらてクリニック