

問 診 票

令和 年 月 日

フリガナ 氏 名		男 女	ご職業
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (才)		
住 所	〒		
電 話 :	携 帯 :		

1) 本日はどうされましたか？ (気になる症状や、心配なことをお書きください。)

それはいつ頃からですか？ ()

2) つぎの病気を医師から診断されたことはありますか？ (いいえ ・ はい)
 高血圧 心臓病 糖尿病 脳疾患 肝臓病 腎臓病 緑内障 前立腺疾患 喘息
 甲状腺疾患 精神疾患 癌 その他 ()

3) 現在服用中のお薬はありますか？ (いいえ ・ はい)
 高血圧の薬 心臓の薬 糖尿病の薬 肝臓の薬 アレルギーの薬 喘息の薬 不眠症の薬
 その他 ()

4) これまでに薬でアレルギーがおきたことはありますか？ (いいえ ・ はい)
 アレルギーを起こした薬の内容がわかればお書きください ()

5) 薬以外に対してのアレルギーがありますか？ (いいえ ・ はい)
 ハウスダスト ダニ スギ ヒノキ イネ カモガヤ ブタクサ 卵 その他 ()

6) たばこを吸いますか？ (いいえ ・ はい) (1日に 本、 年間)

7) お酒を飲みますか？ (いいえ ・ はい)

8) (女性の方) 現在妊娠中またはその可能性はありますか？ (いいえ・はい・授乳中)

9) 当院をなにでお知りになりましたか？
 建物や医院前の看板を見て 西区井口の道路沿い看板 電話帳
 インターネットの当院ホームページ インターネットのその他のサイト
 知人の紹介 家族の紹介 他の医療機関の紹介 (医院) その他 ()

10) 検査、治療についてのご希望がありましたら、自由にお書きください。

11) 12歳以下の子どもさんはご記入ください
 体重が分かれば記入してください。() kg
 お薬は1日3回飲むことはできますか？ (できる ・ できない)
 錠剤は飲めますか？ (飲める ・ 飲めない)

* 当院では、定期的に院内での健康教室を行ってまいります。
 郵便物にて「時候のごあいさつ」や「健康教室のご案内」をさせていただくこと

がございますが、これらのお知らせが不要な場合は、下に○をつけてください。

(案内不要)

ありがとうございました。