

問診票

受付日： 年 月 日

診察前に無理のない範囲でけっこうですので、ご記入下さい。

フリガナ		男・女	患者 ID	
お名前			生年月日	大正 昭和 年 月 日 平成 () 歳
住所	〒 - -			
電話番号	- -	携帯	- -	
ご職業				

(体温 °C)

① 今日はどうされましたか？ いつごろから () どのような症状ですか？ ()
② これまでにかかった病気はありますか？ (あてはまるものに○をつけて下さい。) なし 糖尿病 胃潰瘍 十二指腸潰瘍 高血圧症 高脂血症 肝炎 腎臓病 不整脈 心疾患 甲状腺の病気 その他 ()
③ 今までに手術を受けたことはありますか？ はい いいえ いつ () どの様な ()
④ 他の病院で治療中の病気はありますか？ はい いいえ ()
⑤ 内服している薬 ※お薬手帳をお持ちの方はお見せください。 ()
⑥ 薬や造影剤のアレルギーはありますか？ はい いいえ ()
⑦ その他のアレルギーはありますか？ はい いいえ 花粉 喘息 アトピー 食品 その他 ()
⑧ たばこは吸いますか？ 吸わない ・ 吸う
⑨ お酒は飲みますか？ 飲まない ・ 飲む
女性の方におたずねします。 ○現在妊娠している または 妊娠している可能性がありますか？ はい (現在 ヶ月) ・ いいえ ・ わからない
○現在授乳中ですか？ はい いいえ

△当院はどこで知りましたか？

近くだったから ・ 知人の紹介 ・ ホームページ ・ ちらし、新聞の広告

