

# 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	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日
お名前			ご職業			( )	歳
住所	〒 - -						
電話番号	- -		携帯	- -			

(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 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