

問診表

下記について記入、又は○で囲んでください。もしもご不明な点がありましたら、窓口でお聞き下さい。

ふりがな	男 女	大正				
お名前		生年月日	昭和	年	月	日生
		平成	()才			
ご住所 〒		自宅電話番号：				
		携帯番号：				
勤務先：						
その他連絡先電話番号：						
当院受診のきっかけを教えてください 知人紹介 ・ 他医療機関から紹介 ・ ホームページ ・ 駅看板 ・ 電柱看板 ・ その他()						

1) 今日はどのような症状でおいでになりましたか？

症状：

それは、いつ頃からですか？

2) 今までに、入院するような大きな病気にかかった事や治療中の病気がありますか？

はい(病名：)・いいえ

3) 現在、通院している病院はありますか？

はい(病院名：)・いいえ

4) 今までに、手術を受けたことがありますか？

はい(病名：)・いいえ

5) 今までに、生活習慣病と指摘されたことがありますか？

はい (糖尿病 ・ 高血圧 ・ 高脂血症)・いいえ

6) 生活習慣についてお尋ねします

a) アルコールを飲みますか？

はい(時々 ・ 週1～2日 ・ 週3～4日 ・ ほぼ毎日 を__ 年間) ・いいえ

飲んでいるアルコールの種類と1日の量を教えてください()

b) たばこを吸いますか？

はい (__ 本/日を__ 年間) ・ いいえ

7) 今までに、薬を飲んだり注射を受けた後で、気分が悪くなったり体に発疹ができたことはありますか？

はい(わかれば具体的に：)・いいえ

8) 現在、服用している薬はありますか？

はい(薬品名)・いいえ

9) 女性の方に伺います

現在、妊娠されていますか？ : はい (カ月) ・ 可能性あり ・ いいえ

現在、授乳中ですか？ はい ・ いいえ

10) その他、ご質問があればお気軽にご記入ください。