

問 診 票

平成 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す。