

# 問 診 票

令和 年 月 日

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

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)

錠剤は飲みますか？ (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。