

問 診 票

ID

下記の項目について、ご記入あるいは□にチェック(レをいれる)をして下さい。

受診日

年

月

日

フリガナ		男	女	体温	℃
氏 名		職 業			
生年月日	大 昭 平	年	月	日	() 歳
住 所	〒 -				
電 話	自宅(- -) 携帯(- -)				
身長	cm	体重	kg	飲酒 1日	/ml
たばこ	☐ 吸わない ☐ 以前吸っていた $\Rightarrow$ 1日()本 ()歳～()歳 ☐ 現在吸っている 1日()本 ()歳～現在				

1. 今日どのような理由で来院されましたか？

2. 来院の理由となった症状は、いつ頃からどのように始まりましたか？

3. この症状で、他の診療所や病院でどんな診断や治療を受けましたか？その効果はどうでしたか？

☐ 受けていない ☐ 受けた ()

4. 今まで次の病気にかかったことがありますか？

☐ なし ☐ 高血圧 ☐ 高脂血症 ☐ 糖尿病 ☐ 痛風 ☐ 脳卒中 ☐ 心臓病 ☐ 貧血 ☐ 腎臓病
☐ 胃潰瘍 ☐ 十二指腸潰瘍 ☐ 気管支喘息 ☐ その他 ()

その際、手術を受けたことがありますか？ (病名)

輸血を受けたことがありますか？ ☐ なし ☐ あり

5. 現在飲まれているお薬がありますか？

☐ なし ☐ あり (お薬の名前)

6. 今まで、薬や食べ物でアレルギーを起こされたことがありますか？

☐ なし ☐ あり (食べ物/薬の名前)

7. 女性の方にうかがいます。

妊娠されていますか？ ☐ はい ()カ月 ☐ 可能性がある ☐ いいえ授乳中ですか？ ☐ はい ☐ いいえ

8. 治療や検査について、ご希望がありましたらお書きください。

9. 当院をどちらで知りましたか？ ☐ 紹介 () ☐ インターネット ☐ 近所 ☐ その他