

問 診 票

年 月 日

(ふりがな)

☛ ご氏名 _____ 男・女 _____ 大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

☛ 住所 〒 _____ 緊急時に連絡のとれる電話番号

(_____)

☛ 本医院には初めて来院されましたか？以前に来られた事がありますか？

1) 初めて 2) 以前来た事がある (_____ 年 _____ 月頃)

☛ 今日はどうなさいましたか？症状をお書き下さい

☛ それはいつからですか？

☛ 熱はありますか？ 1) ない 2) ある _____ 時頃 _____ 度 _____ 分

☛ これまでに大きな病気をされたことがありますか？

1) 高血圧 2) 糖尿病 3) 肝臓病 4) 胃潰瘍 5) 喘息 6) 心臓病

7) 腎臓病 8) 結核 9) その他 (_____)

☛ 現在、服用されている薬はありますか？

1) ない 2) ある 何の薬ですか？ (_____)

☛ 今までに注射・薬などで副作用やアレルギー症状が出た事がありますか？

1) ない 2) ある どんな薬ですか？ (_____)

☛ 現在、妊娠している可能性はありますか？

1) ない 2) ある

☛ アルコールを飲まれますか？ _____ 一日飲酒量 _____ ビール _____ 本

1) 飲む 2) 飲まない _____ 洋酒・日本酒 _____ 合

☛ たばこを吸われますか？

1) 吸う 2) 吸わない _____ 一日喫煙本数及び喫煙年数 _____ 本× _____ 年

☛ 当医院をどこでお知りになりましたか？

1) 看板 2) 電話帳 3) ご家族が来られている 4) どなたかのご紹介

5) その他 (_____)

☛ 先生にお聞きになりたい事があればご記入下さい。