

問診票

記入日 年 月 日

フリガナ	生年月日			年齢
お名前	大正・昭和 平成・西暦	年	月	日 歳
性別	男・女	身長	cm	体重
				kg
				体温
				℃
現住所	〒 -			TEL ()
				携帯 ()

以下の項目について、○で囲むもしくはご記入ください

本日はどうなさいましたか？ (できるだけ具体的にお願いします)	
いつからですか？	
上記の症状で他の病院を受診されましたか？	
いいえ・はい →	
今まで大きな病気・けが、あるいは 現在治療中の病気がありますか？	<ul style="list-style-type: none"> ●どんな病気・けがでしたか？ () ●いつ頃(約 月前 / 約 年前) ●現在治療中ですか？(はい・いいえ) ●医療機関名()
現在飲まれているお薬はありますか？	<ul style="list-style-type: none"> ●どんなお薬ですか？ ()
血族の方で、下記にあてはまる方は いらっしゃいませんか？	<ul style="list-style-type: none"> ●誰がどんな病気ですか？ 脳卒中・がん・糖尿病・高血圧・その他()
今までアレルギー・特異体質といわれたことが ありますか？	薬： 食品： その他：
たばこは吸いますか？	●本数 () 本 / 日
吸わない・過去に吸っていた・現在も吸っている →	●期間 (~ 歳)
お酒は飲みますか？	●頻度 毎日・週 () 回 ●種類 ()
飲まない・飲む →	●1回に飲む量 ()
女性の方のみお答えください	<ul style="list-style-type: none"> ●妊婦の可能性 あり・なし ●授乳中 はい・いいえ

当院をお知りになったきっかけは何ですか？

- ホームページ
 通りがかり
 知人・家族のご紹介
 他医療機関からのご紹介 ()
 その他 ()

本日はどのような交通手段で来院されましたか？

- 徒歩
 自転車
 車
 公共交通機関