

問 診 票

記入日 年 月 日

ふりがな		生年月日		年齢
お名前		大正・昭和 平成・西暦	年 月 日	歳
現住所	〒			
電話1		身長	体重	体温
電話2				
電話3		cm	kg	°C

以下の項目についてご記入ください

いつから、どんな症状ですか？	
過去に治療した病気・現在治療中の病気はありませんか？ 服薬中のお薬も教えてください。お薬手帳があったら拝見します。	
家族歴 血縁の方に病気はありませんか？ <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 脳、神経、筋肉、脊髄の病気 <input type="checkbox"/> その他	
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 食品 <input type="checkbox"/> その他
喫煙	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 喫煙歴あり 本/日 (~ 歳)
飲酒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 飲酒量 /回 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週 回 <input type="checkbox"/> 機会飲酒
女性の方のみお答えください	妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	授乳 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

当院をお知りになったきっかけを教えてください

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