

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	℃
〒	-	TEL	()
現住所		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

いつから、	
どんな症状ですか？	
今まで大きな病気・けが、手術 あるいは 現在治療中の病気がありますか？ なし・あり →	<ul style="list-style-type: none"> ●どんな病気・けが、手術でしたか？ () ●いつ頃（約 ヶ月前 / 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？ なし・あり →	<ul style="list-style-type: none"> ●どんなお薬ですか？お薬手帳をお持ちの方は拝見します。 ()
血族の方で、右にあてはまる方は いらっしゃいませんか？ なし・あり →	<ul style="list-style-type: none"> ●脳卒中（) がん（) 糖尿病（) ●高血圧（) 高脂血症（) ●その他 []
アレルギーはありますか？ なし・あり →	<ul style="list-style-type: none"> 薬： 食品： その他：
たばこは吸いますか？ 吸わない・過去に吸っていた・現在も吸っている	<ul style="list-style-type: none"> ●本数（) 本 / 日 ●期間（ ~ 歳）
お酒は飲みますか？ 飲まない・飲む →	<ul style="list-style-type: none"> ●頻度 毎日・週（) 回 ●種類（) ●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 ()