

問 診 票

ID:

〒 _____

電話番号: _____

住所: _____

ふりがな

氏名: _____ (男・女)

生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日 年齢 _____ 歳

当院に初めてかかれる方は上記の項目を必ずご記入ください。

◇ 体 重 _____ Kg 体 温 _____ °C

◇ 本日はいつ頃からどのような症状でお困りですか

[_____]

※ 上記の症状で他の病院で診察を受けましたか (うけた・うけない)
『うけた』と答えた方…わかれば病院名・治療内容をお書きください。

[_____]

◇ 今までに薬・注射・食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか。(はい・いいえ)
『はい』と答えた方…わかれば薬剤名・食べ物の名前をお書きください。

[_____]

◇ 現在治療中の病気はありますか。(ある・ない)

 高血圧 糖尿病 喘息 緑内障 その他()◇ 今現在、使用(服用)しているお薬はありますか (ある・ない)
『ある』と答えた方…わかれば薬剤名をお書きください。

[_____]

◇ 女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか (はい・いいえ) 授乳中ですか (はい・いいえ)

◇ タバコは吸いますか

 吸わない 吸う (1日 本くらい)

◇ 当院をどのように知りましたか。

 電話帳 看板 知人の紹介 インターネット 通りがかり チラシ
 自宅が近く 職場が近く その他 ()

記入が済みましたら受付にお出しください。ご協力ありがとうございました。