

問 診 票

フリガナ				明治・大正	年	月	日(歳)
氏名				昭和・平成			
				1男・2女	職業		
住所	〒						
電話番号	自宅				携帯		

1. 今日はどこが悪くてお越しになりましたか？

発熱・下痢・腹痛・胃痛・咳・のど痛・頭痛・はきけ・その他()

健康診断で異常と診断された・便に血がついた

☆いつ頃からですか？ ()

2. 今まで手術を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)

(手術を受けた部位)

3. 今までにかかった病気に○をつけてください。

高血圧・糖尿病・ぜんそく・アレルギー・肝臓病・がん・結核・胃潰瘍・十二指腸潰瘍
痔・その他()

4. 注射、薬、食事で発疹がでたり、気分が悪くなったりしたことがありますか？ (はい・いいえ)

*注射の名前がわかれば記入して下さい。

(アスピリン・ピリン系・抗生物質・局所麻酔薬など)

5. 血のつながっている人に下記の病気の方はいますか？ (はい・いいえ)

高血圧・糖尿病・ぜんそく・アレルギー・肝臓病・がん

その他()

6. 次のことを記入してください。

<アルコール> 飲まない・飲む(酒 合/日) (ビール 本/日) (ウイスキー 杯/日)

<たばこ> 吸わない・吸う

7. 来院された動機 広告・知人の紹介・ホームページ・その他()

《女性の方へ》

現在妊娠の可能性はありますか？ (はい・いいえ・わからない)

最終月経は？ 月 日 から 日間

※その他異常なことがあった方は必ず申し出てください。