

問 診 票

当院であなたの受診は初めてですが、診療の参考にいたしますので御記入下さい。

該当するものがあれば○でかこんで下さい。

フリガナ 氏名	-----		T・S・H・R 年 月 日 () 歳		
	男・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・咳・のど痛・頭痛・はきけ・健康診断で異常と診断された・便に血がついた
・その他()

☆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？

(手術を受けた部位：)

3. 今までにかかった病気に○をつけて下さい。

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

4. 注射、薬、食事で発疹がでたり、気分が悪くなつ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下さい。

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

駅前のポスター・チラシ・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下さい。