

問 診 票

名前		(ふりがな)			
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平	年	月	日
住所 〒					
電話		携帯電話			
職業	身長	cm	体重	Kg	体温 ℃

1) 本日はどのような症状、あるいは目的で来られましたか？ 具体的にお書きください。
 (例：胸が苦しい、咳が出る、動悸がする、足がむくむ・血管が浮いている、検査を受けたい、… など)

2) 検診などで指摘された病気、現在ほかの医療機関で治療を受けている病気はありますか？
 高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病 不整脈 肝臓病 腎臓病
 喘息 脳卒中 癌(部位)
 その他 ()

3) 今までに大きな病気やけがをしたり、手術を受けたりしたことはありますか？
 いいえ はい→(内容:)

4) 現在服用している薬(市販薬や健康薬品なども含めて)はありますか？
 いいえ はい→(種類:)

5) ご家族(血縁のかた)に病気の方がおられたらお教え下さい。
 高血圧 糖尿病 心臓病 喘息 脳卒中 癌 その他 ()

6) 食品や薬・注射のアレルギー(気分が悪くなったり発疹が出たりしたことなど)がありますか？
 なし あり→(種類:)

7) タバコを吸う習慣がありますか？
 吸わない 以前吸っていたがやめた 現在も吸っている () 本/日 () 年

8) アルコールは飲みますか？
 いいえ はい (ほぼ毎日, 週 2~3日, 週 1日, 2週に1日, 月に1日以下)

9) 女性の方にうかがいます。
 現在妊娠されていますか？ いいえ はい () ヶ月 可能性がある
 現在授乳中ですか？ いいえ はい

*初めて来院された方のみお答え下さい。
 当院を受診されたきっかけについて
 通りがかりに見つけた 家族や知人から紹介された チラシや広告でみた
 ホームページで見た 他の医療機関などから紹介された(名称:)
 その他 ()

ご記入いただきましたら受付に声をかけてお渡しく下さい。ご協力ありがとうございました。
 個人情報については当院の個人情報保護方針に従い適切に取り扱います。