

# 【 問診票 】

フリガナ 名 前 (男・女)	TEL 自宅( ) - 携帯( ) -
生年月日 T・S・H・R	年 月 日 ( 才)
〒 ー 住 所	

身長： \_\_\_\_\_ cm      体重： \_\_\_\_\_ kg      本日の体温： \_\_\_\_\_ °C

◆ 本日はどうなさいましたか？ 症状を具体的に(いつから、どのような)ご記入願います。

◆ 現在、他の病院、診療所などにかかっているいらっしゃいますか？

(「かかっている」と答えられた方は、かかっている診療科を全て○で囲んでください)

かかっていない      かかっている

内科   神経科   整形外科   耳鼻科   眼科   歯科   婦人科   それ以外の科(\_\_\_\_\_)

◆ 現在、服用している薬はありますか？

な い      あ る (薬の名前：\_\_\_\_\_)

◆ 今までに薬や注射などで、アレルギー症状が出たことがありましたか？

な い      あ る (薬や注射の名前：\_\_\_\_\_)

◆ 今までに大きな病気・手術をしたことがあれば、その病名をご記入願います。

病 名： \_\_\_\_\_

◆ あなたの肉親に下記の病気になっている方がいらっしゃいましたら、○で囲んでください。

糖尿病   高血圧   脳卒中   喘息   心臓病   肝臓病   リウマチ   膠原病   癌

◆ 嗜好品について

〈たばこ〉 喫煙中 ・ 喫煙なし      〈お酒〉 毎日飲む ・ 時々飲む ・ 全く飲まない

◆ 【女性の方のみ】該当していれば、○で囲んでください。

妊娠中      授乳中

◆ この病院を何で知りましたか？

ホームページ   近所   タウン誌   家族・友人の紹介   主治医の紹介   その他(\_\_\_\_\_)