

問 診 票

No. _____

本人 家族 後高 生保 併用

ふりがな			男
氏 名				女
生 年 月 日	明・大・昭・平	年	月	日生
住 所	〒 _____			
電 話	(_____)			
身 長	_____	cm	体 重	_____
				kg

記入した方が本人でない場合はお名前をお書き下さい。 (記入者氏名: _____ 続柄: _____)

- 薬剤アレルギーはありますか? [ない・ある (薬剤名 _____)]
 現在妊娠していますか? [いいえ・可能性がある・はい (妊娠 _____ ヶ月)]
 現在、授乳中ですか? [いいえ はい]
 以下の3疾患の既往のある方は○でかこんでください。 [結核 ・ 前立腺肥大 ・ 緑内障]

来院の目的についてお書きください。

1 いつからどんな症状がありますか?

2 今回の症状に関し他で治療したことはありますか? [ない ・ ある]

いつ頃 [_____] どこで [_____]

3 今までにかかった病気やけがはありますか? [ない ・ ある]

病名をお書きください [_____]

4 現在治療中の病気はありますか? [ない ・ ある]

“ある”の方は○でかこんで下さい。健診で指摘された事なども含みます。
 高血圧・糖尿病・リウマチ・肝疾患・腎疾患・心疾患・気管支喘息
 アレルギー・蕁麻疹 (原因の薬・食べ物: _____)
 その他 (_____)

5 現在飲んでいる薬はありますか? [ない ・ ある]

薬剤名をお書きください。 [_____]
 ※ もし本日わからない方は次回お知らせ下さい。

6 家族及び・親類の方で病気の方はいますか [いない ・ いる]

疾患名をお書きください。 疾患名 [_____]

◎ 当院をどこでお知りになりましたか?

- a 看板 (当院・鹿駅) b 電話帳 c 携帯 d パソコン
 e 知人の紹介 (どなたから? _____) f その他 (_____)