

問診票

ふりがな		住所	〒	
お名前		電話番号	()	
		生年月日	年 月 日 (歳)	性別
			体温 :	℃

① 今日はどうされましたか？ 具体的に、いつから、どのような症状ですか？

【いつから】
【どのような症状】

② 現在、他の病院や医院で治療を受けていますか？

受けている (病名:) 病院名:) ・ 受けていない
現在、薬を飲んでいますか？ (市販薬も含めて)
飲んでいる (薬品名:) ・ 飲んでいない

③ これまでにかかった病気、外傷、手術はありませんか？

() 歳の時 病名 ()
() 歳の時 病名 ()

④ これまでに薬でアレルギー反応や副作用がでたことはありませんか？

ある (薬品名:) 症状:) ・ ない

⑤ 親、兄弟など血のつながった人に下記の病気の人はいいますか？

また、下記の病気で亡くなった方はいいますか？ (当てはまる病名を○で囲んで下さい)

心臓病 ・ 不整脈 ・ 高血圧 ・ 脳梗塞 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 喘息
糖尿病 ・ 甲状腺疾患 ・ がん (癌) ・ その他 (病名:)

⑥ お酒は飲みますか？ 飲む ・ 飲まない

酒量: 1日平均 (日本酒・ビール・焼酎・ウイスキー) で () くらい
頻度: 週に・月に () 回くらい

⑦ タバコは吸いますか？

吸う ・ 吸わない ・ 吸っていたが禁煙した (いつ:)
1日平均 () 本くらい () 歳から

⑧ 女性の方へ

現在妊娠の可能性はありませんか？	可能性はある ・ 可能性はない
現在妊娠していますか？	妊娠している (妊娠 ヶ月) ・ 妊娠していない
現在授乳中ですか？	授乳中である (子供 ヶ月) ・ 授乳していない

⑨ 当院をどちらでお知りになりましたか？ (複数回答可)

通りがかり ・ 看板を見て ・ 知人の紹介 ・ かかりつけ医の紹介 (医療機関名:)
ホームページを見て ・ ネットの広告を見て ・ 雑誌等のインタビューを見て ・ 内覧会のちらしを見て
その他 ()

個人情報当院で定めた利用目的の範囲で利用いたします。

