

診察 問診票

平成 年 月 日

フリガナ

氏名

男・女

身長

cm、体重

Kg

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ()歳

〒 -

住所

TEL () -

◆ 現在の職業?() 携帯電話 -

① いつ頃からどのような症状がありますか？(昨夜よりのどが痛い など)

② 現在服用中の薬はありますか？現在通院中の病院・医院はありますか？

ない・ある : () の病気のため () 病院・医院に通院中
薬の名前()

③ これまでにおおきな病気にかかったり、手術・輸血をされたことがありますか？

ない・ある : 高血圧 心臓病 脳卒中 糖尿病 肝臓病 腎臓病
潰瘍 目の病気 婦人科 泌尿器
その他()

④ 薬や食物にアレルギーをおこした事・アレルギー体質はありますか？

ない・ある : 薬(抗生物質・ピリン剤・その他)
食物()
アレルギー体質()

⑤ 喘息(ぜんそく)はありますか？ ない・ある (歳 ごろ)

⑥ 身内の方に次の様な病気にかかった方がおられますか？(続柄もお書き下さい)

ない・ある : 高血圧 心臓病 脳卒中 糖尿病 肝臓病 腎臓病
癌 結核 喘息 リウマチ 甲状腺
その他()

⑦ 普通の状態

* 食欲 : 良 ・ 悪
* 睡眠 : 良 ・ 悪
* タバコ : 吸わない ・ 吸う 1日 本
* アルコール : 飲まない ・ 飲む ____日 ____本

⑧ 女性のみ記入してください

妊娠の有無: していない ・ している (月)。 わからない
生理: 順調・不順・最終月経(月 日 ~ 月 日) ・ 閉経 歳

◆ 個人情報取り扱いについて(詳しくはポスターをご覧ください)

当院はあなたの個人情報を掲示板のごとく適正に扱います 理解した ・ しない

◆ 来院のきっかけについて

ホームページを見て 便利な場所にあるから 近隣知人の紹介
看板等を見て チラシを見て 他医療機関からの紹介 Facebook ブログ その他()