

問 診 表

平成 年 月 日

No

ふりがな

氏 名 (男・女)

生年月日 大・昭・平 年 月 日 (歳)

職業

住 所 〒 -

市 町村 区

電話番号

携帯番号

緊急連絡先

連絡先名

☆本日はどのような症状で来院されましたか？ その症状はいつ頃からはじまりましたか？

☆その症状について 他の医療機関を受診されましたか？

いいえ はい (はいの場合→病院・医院名)

☆慢性の病気で現在治療を受けていますか？

いいえ はい (中断 (病名 病院・医院名))

☆過去に大きな病気の為に入院や手術を受けたことがありますか？

いいえ はい (はいの場合→以下に病名、その年月日など ご記入ください)

☆これまでに薬や注射で副作用が出たことがありますか？

・いいえ・はい (はいの場合わかる範囲内でご記入下さい)
(薬の名前、種類と副作用の症状)

☆お酒は飲まれますか？

いいえ はい
(回数と量)

☆タバコは吸いますか？

いいえ はい (1日 本× 年間)
) 禁煙した(歳頃)

☆女性にお尋ねします

・現在妊娠中ですか？

いいえ はい (予定日 年 月 日) 妊娠の可能性ある 不明

・現在授乳中ですか？

いいえ はい

・生理はいかがですか？

順調 不順 閉経(歳)

☆当院を受診された理由に○をお付け下さい。

- | | |
|-----------------------|------------------|
| 1.近くにすんでいる、または近く勤めている | 2.家族が当院にかかっている |
| 3.知人に薦められた、または評判を耳にした | 4.他の病院、医院から紹介された |
| 5.ホームページをみて | 6.電柱広告を見て |
| 7.その他(具体的に _____) | |

ご協力ありがとうございました。