

# 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う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。