

問 診 票

受付日： 年 月 日

フリガナ

性別： 男 ・ 女

氏名 _____ 生年月日： 年 月 日(満 歳)

〒

住所 _____

電話番号 〈自宅〉 _____ 〈携帯〉 _____

身長= _____ cm 体重= _____ kg 体温= _____ °C

[1] 来院された理由をお書きください

どこがどのように具合悪いですか？

●いつ頃からですか？ 月 日

●今回のことで、どこかの病院にかかりましたか？ はい・いいえ

はいの方（ ）病院（ ）科

[2] 今までにかかった病気はありますか？あれば○をつけてください

高血圧 不整脈 心臓病 糖尿病 肝臓病 脳梗塞 脳出血 喘息

肺結核 肺炎 脳血栓 その他（ ）

①現在治療中ですか？ いいえ・はい（ ）病院（ ）科

②現在、服用中の薬はありますか？ いいえ・はい（種類： ）

[3] アレルギーはありますか？ はい・いいえ

薬（ ）・絆創膏・食べ物（ ）・その他（ ）

[4] 今までに手術を受けたことはありますか？ はい・いいえ

いつ頃（ 年 月 日）・内容（ ）・病院名（ ）

[5] タバコを吸いますか？ いいえ・はい（ 本/日）

[6] アルコールを飲みますか？ いいえ・はい

（種類： ）・（量： ml/日）

[7] 女性の方にお聞きします

現在、妊娠されていますか？ はい・いいえ

[8] 当院の受診にあたり、別紙の内容にご協力していただけますか？ はい □

記入ができましたら、受付へお出してください。ありがとうございました。