

問診票

ふりがな お名前 <div style="text-align: right; padding-right: 10px;">様</div>	男 女	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日生
ご住所〒						
電話番号：			携帯電話：			

1) 今日どのような症状でおいでになりましたか？（できるだけ詳しくお願いします）

いつから：

症 状：

その他：

熱

℃

2) これまでにかかった病気はありますか？ なし あり

糖尿病 高血圧 高脂血症 狭心症 心筋梗塞 脳梗塞 癌 気管支喘息 胃潰瘍
その他（ ）

3) 現在他の病院にかかっていますか？

いいえ

はい（医療機関名： ）

（他院内服薬： ）

4) これまでご家族で下記の病気にかかった方はいますか？

特になし

糖尿病 高血圧 高脂血症 狭心症 心筋梗塞 脳梗塞 癌 気管支喘息

その他：

5) アレルギーはありますか？ なし あり

薬のアレルギー（薬剤名： ）

食物アレルギー（食品名： ）

花粉症 （花粉症名： ）

その他（ ）

6) たばこは吸いますか？ 吸わない 吸う

吸う場合 1日（ ）本 喫煙年数（ ）年

7) アルコールについて 飲まない 飲む

頻度（ ）/週 ・ /月（ ）

種類（ビール 日本酒 ワイン 焼酎）

酒量（ ）

8) 妊娠の可能性 なし あり ・ 授乳中

9) 当院は何でお知りになりましたか？

①通りがかり ②看板 ③ホームページ ④知人の紹介 ⑤その他（ ）

10) 医療費明細書を 希望しない

11) 医師の希望 竹淵 片岡 西井 田中 中尾 目黒 市川

特になし

ご記入、ありがとうございました。