

# 問 診 票

No. \_\_\_\_\_

記入日 平成 年 月 日

(ふりがな)

氏 名

男・女 職業

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 歳

住所 〒( )

電話番号

携帯番号

本日の体温 ℃ 身長 c m 体重 k g

- 本日はどのような症状で来院されましたか？  
いつから ( )  
発熱 ( )℃ 咳 痰 鼻水 鼻づまり のど痛 吐き気 嘔吐 下痢 便秘  
頭痛 腹痛 関節痛 その他 ( )
- 現在 治療されている病気を教えてください  
病名 ( )  
飲んでいる薬 ( )
- 今までにかかった病気を教えてください  
高血圧 心臓病 不整脈 糖尿病 高脂血症 痛風 喘息 緑内障 前立腺肥大  
脳梗塞 脳出血 肝臓病 腎臓病 結核 胃十二指腸潰瘍 大腸ポリープ 癌  
その他 ( )  
過去に受けた手術 ( )
- 今までに薬や注射、食べ物でアレルギー（気分が悪くなったり体に発疹が出た）がありましたか？  
いいえ はい 原因 ( )
- 血液を固まりにくくさせる薬を内服していますか？  
(例：ワーファリン、小児用バファリン、バイアスピリンなど)  
いいえ はい 薬の名前 ( )
- ご家族でご病気の方はいらっしゃいますか？ (例：父が脳出血、母が糖尿病など)
- 女性の方にお伺いします？  
妊娠の可能性 なし あり 授乳中 はい いいえ
- その他 希望事項がありましたらお書きください

初めてご来院の方のみお答えください。

当院を受診されたきっかけは何ですか？ (複数回答可)

近所 通りがかり 人からの紹介 インターネット 電話帳 看板 チラシ  
その他 ( )

ご提供いただいた情報はご本人の同意なく第三者へ提供いたしません