

問 診 票

| | | | | | | |
|--|------------------------|---|--------|-----|----|-----|
| フリガナ | | | | 年齢 | | |
| 氏名 | | | | 歳 | | |
| 生年月日 | S・H・R | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 〒 | | | | | |
| 自宅電話番号 | () | - | 携帯電話番号 | () | - | |
| 身長 | | | cm | 体重 | | |
| 体温 | | | ℃ | | | |
| アレルギーはありますか？ | 食物：ない・ある () | | | | | |
| | お薬：ない・ある () | | | | | |
| 本日はどのような症状がありますか？ | | | | | | |
| いつ頃から症状がありますか？ | | | | | | |
| 今までにどのような病気をされたことがありますか？ ない・糖尿病・高血圧・高脂血症・胃潰瘍・逆流性食道炎・ぜんそく・心臓病・脳疾患・肝臓病 がん ()・その他 [] | | | | | | |
| 現在服用されているお薬はありますか？（お薬手帳をお持ちの方は、受付にお出してください。） ない・ある | | | | | | |
| 喫煙されますか | いいえ ・ はい (一日 本) | | | | | |
| お酒は飲みますか？ | いいえ ・ はい (一日 杯) | | | | | |
| 以下は、女性の方のみお答えください。 | | | | | | |
| 妊娠されていますか？ | いいえ ・ わからない ・ はい (週目) | | | | | |
| 授乳中ですか？ | いいえ ・ はい | | | | | |
| その他（特に伝えたいことがあったらご記入ください） | | | | | | |
| 当院を受診しようと思われたきっかけを教えてください。（○はいくつでも） 1) 家が近い 2) 職場や学校が近い 3) 家族や知人が通院している 4) 土曜日も診療している 5) 他の医療機関の紹介（医療機関名) 6) その他 () | | | | | | |
| 当院をお知りになったきっかけを教えてください。（○はいくつでも） 1) 近くを通りかかって 2) インターネットで検索して 3) 家族や知人の紹介 4) 看板をみて 5) 電柱広告をみて 6) その他 () | | | | | | |