

問 診 票

No. _____ 初・再

受付日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ		生年月日	昭和・平成
お名前	男・女		年 月 日 (歳)
ご住所	〒	電話番号	
		職業	

下記の質問事項に☑またはご記入下さい

体温 _____ °C

1. どうなさいましたか？(いつ頃から)
・そのために、診察を受けましたか？ <input type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> 受けた 病院名 _____ 診断名 _____ 処方薬名(_____)
2. 今まで、何か大きな病気をしたり、手術を受けたりしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 診断名(_____)
3. 下記の病気にかかったあるいは健診等で指摘されたことはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症(高脂血症) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> その他(_____)
4. 今まで、薬・食品などで発疹等アレルギー症状を起こしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 薬品名(_____)食品名(_____)
5. 日常生活について ・飲酒を <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する (_____ 杯/日 種類: _____) ・喫煙を <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する (_____ 本/日) (禁煙 _____ 歳から)
6. 家族歴について 血縁関係者に、高血圧・糖尿病・心筋梗塞・ガンなどの方がいらっしゃいますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (ご関係: _____ 病名: _____)
7. 女性の方へ 妊娠されていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(妊娠 _____ 週) ・授乳中
8. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> 知人・ご家族(_____)の御紹介 <input type="checkbox"/> 他院より御紹介 <input type="checkbox"/> 近隣 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 院長書籍・雑誌 <input type="checkbox"/> その他(_____)