

問診票（当院を初めて受診される方用）

記載年月日 年 月 日

(ふりがな)

お名前 男性・女性
生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 (満 歳)
ご住所 〒
電話番号 () 携帯電話 ()

- 1) 本日はどのような症状でお越しになりましたか
- 2) いつ頃からその症状がありましたか
- 3) 今までに次の病気にかかったことがあれば○をつけて下さい
高血圧・不整脈・心臓病・糖尿病・肝臓病・胃十二指腸潰瘍
脳梗塞・脳出血・肺結核・肺炎・喘息・がん(部位:)
その他の病気 ()
いつ頃から (歳頃 または 年前)
今も治療中ですか (はい・いいえ)
「はい」の方(病医院名:)
- 4) 内服中の薬があればお書き下さい(お薬手帳をお持ちの方は結構です)
- 5) 手術を受けたことがありますか (はい・いいえ)
「はい」の方(病名: 病院:)
(時期: 歳時 または 年前)
- 6) 輸血を受けたことがありますか (はい・いいえ)
- 7) 薬や麻酔などでアレルギー症状を起こしたことがありますか (はい・いいえ)
「はい」の方;わかる範囲で結構ですので症状と薬の名前を記載して下さい
- 8) タバコを吸いますか (はい・いいえ)
「はい」の方(1日 本 × 年間)
- 9) お酒を飲みますか (はい・いいえ)
「はい」の方(お酒の種類; お酒の量;)
(週に 日程度・毎日)
- 10) (女性の方へ) 妊娠している可能性はありますか
(はい・いいえ・わからない)