

問診票

ご面倒をおかけいたします。診療に役立てるため下記の質問にお答えください。

フリガナ

生年月日

お名前() 年 月 日生()歳 男性・女性

ご住所(〒)

お電話番号(自宅 または 携帯) ご職業()

.....
1) 本日はいかがなされましたか？(例: 頭が痛い。熱がある。めまいがする。健診希望。など)

2) その症状についてどこかで治療を受けたことがありますか。
ない あり()

3) 現在治療されているご病気、お薬について教えてください(薬手帳があれば拝見します
(例: 2年前から高血圧、くすり(△△)服用中。8年前から糖尿病でインシュリン注射。など)

4) 今までにかかった主な病気や怪我について教えてください。
(例: 10年前、心筋梗塞でバイパス手術、〇〇病院。3年前、交通事故で左足骨折。など)

5) 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)

6) 食品や薬のアレルギーの有無について教えてください。
なし あり()

7) 女性の方は、妊娠中または妊娠している可能性はありますか？ はい いいえ

8) 始めて御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。
通りがかりに見つけた、人から紹介された、チラシで見た、電柱広告で見た、駅広告で見た、バス広告で見た、ホームページで見た、その他()

ご記入いただきましたら受付にお声をかけてください。ご協力ありがとうございました。