

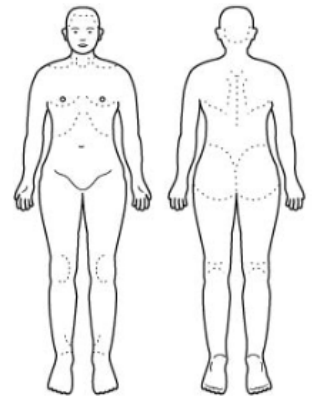
# 問診票

ID:

体温:            °C

ふりがな		性別	男・女
お名前			
生年月日	M・T・S・H・R          年          月          日          (          )歳		
ご住所	〒          -		
	TEL          (          )          携帯          (          )		
紹介状	有 ・ 無          紹介機関名:	ご職業	

1. 本日は    どのような症状でご来院されましたか？



2. その症状はいつからですか？

3. 今までに下記の診断を受けたことがあれば、○をつけてください。

- |                  |     |       |      |          |
|------------------|-----|-------|------|----------|
| 高血圧              | 糖尿病 | 肝機能障害 | 腎臓病  | 狭心症/心筋梗塞 |
| 脳出血/脳梗塞          | 緑内障 | 前立腺肥大 | がん   | 喘息       |
| その他 (          ) |     |       | 特になし |          |

4. 現在、飲んでいるお薬はありますか？            ある    ・    なし  
 飲んでいるお薬を教えてください。

お薬手帳を持参していますか？            持参している ・ 持参していない  
 薬のアレルギーはありますか？    ある (薬品名:            ) ・ なし

5. 嗜好品について  
 アルコールは飲まれますか？            はい (毎日飲む・時々飲む・飲まない・今は飲まない) ・ いいえ  
 喫煙されますか？ はい (          本/日 ・          年間) ・ 以前吸っていた (          本/日 ・          年間) ・ いいえ

6. 女性の方にお聞きします。  
 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

当院をどのようにしてお知りになりましたか？  
 友人・知人     家族     病院 (病院名            )     広告     雑誌・本     駅の看板     ホームページ