

問診用

*は必ずご記入ください

ID:

体温:ご自宅

℃/来院時

℃

*フリガナ			*性別	男・女
*お名前				
*生年月日	M・T・S・H・R	年	月	日 () 歳
*ご住所	〒 -			
*お電話番号	ご自宅 ()	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。				
特になし 高血圧 糖尿病 脂質異常症 肝臓病 脳出血 脳梗塞 心筋梗塞 心不全 狭心症 前立腺肥大 喘息 がん 心の不調 甲状腺疾患 その他 ()				
*4. お薬について ①~③までお答えください。				
①現在、飲んでいるお薬はありますか?				
ある(薬品名:)・なし				
②薬のアレルギーはありますか?				
ある(薬品名:)・なし				
③お薬手帳をお持ちですか? 持参している・持参していない				
*5. 嗜好品について ①②お答えください。				
①アルコールは飲まれますか?				
はい(毎日飲む・時々飲む・今は飲まない)・いいえ				
②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) 妊娠の状況について教えてください。				
妊娠中(週 日)・授乳中・妊娠の可能性ある・いずれもあてはまらない				
当院をどのようにしてお知りになりましたか?				
<input type="checkbox"/> 友人・知人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 病院(病院名) <input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> 雑誌・本 <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> Twitter <input type="checkbox"/> ご近所				

