

# 問 診 票

フリガナ			
氏 名			
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日
		性 別	男 ・ 女
住 所	〒		
自宅電話番号		携帯電話番号	
身 長	cm	体 重	kg
喫煙されますか？	いいえ ・ はい (一日 本)		
お酒はのみますか？	いいえ ・ はい (一日 杯)		
体 温	℃		
アレルギーはありますか？	ない ・ ある ( )		
	薬のアレルギーはありますか？( )		
<p>・本日はどのようなことでいらっしゃいましたか？</p> <p>いつから症状がでましたか？今日から、( )日前から、( )ヶ月前から、( )年前から</p> <p>すでに他の医療機関で治療を受けましたか？</p> <p>・今病院に通院していますか？どのような病気とされていますか？下記に病名があれば○をつけて下さい。ない場合は書いて下さい。過去にかかった病気もお願いします。</p> <p>糖尿病、高血圧、脂質異常症、狭心症、心筋梗塞、不整脈、胃潰瘍、痛風、喘息、結核、脳梗塞、脳出血、膠原病、前立腺肥大症、緑内障、甲状腺、婦人科、腎臓病、整形外科、乳腺、癌、肝臓病</p> <p>・今までに手術を受けた事がありますか？</p> <p>・現在服用している薬はありますか？</p>			
妊娠されていますか？	いいえ・わからない・はい( 週目)		
授乳中ですか？	いいえ・はい		
<p>当院をお知りになったきっかけは？(複数回答可)</p> <p>①家族から聞いて(家族 様が通っているから)②知人様から聞いて</p> <p>③他の医療機関から聞いて ④近所・通りがかり ⑤看板・電柱の看板を見て</p> <p>⑥当院のホームページ(当てはまるものに○をつけてください:パソコン、スマートフォン、携帯)</p> <p>⑦インターネット ⑧その他:具体的にお書き下さい( )</p>			