

# 問診票

記入日 年 月 日

お名前	ふりがな	生 年 月 日
		大正・昭和・平成 (西暦) 年 月 日
連絡先	〒	TEL : ( ) 携帯 : ( )
職業		

以下の項目について、○で囲むもしくはご記入下さい。

■本日はどうなさいましたか。具体的に

(体温 °C)

■いつからですか？

頃から

■上記の症状で他の病院を受診されましたか？ ( )

■今まで大きな病気・外傷あるいは現在治療中の病気がありますか？

・なし

・あり → どんな病気・けがでしたか？ ( )  
いつ頃 (約 ヶ月前/約 年前)

現在治療中： (医療機関)

■現在飲まれているお薬はありますか？

・なし ・あり →どんなお薬ですか？ ( )

■今までアレルギー・特異体質といわれたことがありますか？

・なし ・あり (薬： 食品： その他)

■たばこ：吸わない・過去に吸っていた・現在も吸っている： 本/日 ( ~ 歳)

■酒：飲まない・飲む：毎日・週 ( ) 回・(種類： 飲酒： )

■妊婦の可能性： あり ・ なし 授乳中： はい ・ いいえ

■来院のきっかけ

<input type="checkbox"/> 1 近隣・知人のご紹介	<input type="checkbox"/> 2 通りがかり
<input type="checkbox"/> 3 他医療機関からのご紹介	<input type="checkbox"/> 4 折込チラシをみて
<input type="checkbox"/> 5 内覧会でお知りになった	<input type="checkbox"/> 6 ホームページをみた
<input type="checkbox"/> 7 インターネットで検索された	<input type="checkbox"/> 8 家族が当院を受診した
<input type="checkbox"/> 9 その他 ( )	

ご協力ありがとうございました