

# 問 診 表

下記の項目について、ご記入あるいは□にチェック(レを入れる)をして下さい。

		受診日	平成	年	月	日	
フリガナ		男 ・ 女					
氏 名		職業					
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	(満 才)		
住 所	市・郡		町・村				
電 話							
身長	cm	体重	Kg	たばこ	／本	飲酒	／日

1. 今日はどのような理由で来院されましたか？

2. 来院の理由となった症状は、いつ頃からどのように始まりましたか？

3. この症状で、他の診療所や病院でどんな診断や治療を受けましたか？  
その効果はどうでしたか？

4. 今まで次の病気にかかったことがありますか？

- 高血圧  脳卒中  糖尿病  心臓病  貧血  気管支喘息  
 肺結核  胃潰瘍  十二指腸潰瘍  腎臓病  肝炎  
 その他 ( )

その際、手術は受けられましたか？ (病名 )  
輸血を受けたことがありますか？

5. 現在、飲まれているお薬がありますか？

- なし  あり (お薬の名前 )

6. 今まで、薬や食べ物でアレルギーを起こされたことがありますか？

- なし  あり (薬や食べ物の名前 )

7. 女性の方にうかがいます。

- 妊娠されていますか？  はい ( )ヶ月  可能性がある  いいえ  
授乳中ですか？  はい  いいえ

8. 治療や検査について、ご希望がありましたらお書き下さい。

## ※御質問

当医院をどのようにしてお知りになりましたか？ (○を付けて下さい)

知人より聞いた( ) 電柱・看板 タウンページ インターネット 通りがかり

他の医療施設よりの紹介( ) その他( )