

問診票

フリガナ

名前 _____ 男・女 _____ 生年月日 明・大・昭・平 _____ 年 月 日

電話番号 () _____ 携帯電話 _____ 年齢 歳

住所 _____

※当院にはじめてかかれる方は上記の項目を必ずご記入ください。

- ◆ 体重 _____ Kg 体温 _____ °C
- ◆ 本日はどのような症状でお困りですか _____ ◆いつ頃からですか _____
[_____] [_____]
- ◆ 上記の症状で他の病院で診察をうけましたか。 (うけた・うけない)
『うけた』と答えた方・・・わかれば病院名・治療内容をお書きください。
[_____]
- ◆ 今までに薬・注射・食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか。(はい・いいえ)
『はい』と答えた方・・・できれば薬剤名・食べ物の名前をお書きください。
[_____]
- ◆ 現在治療中の病気はありますか。(はい・いいえ)
『はい』と答えた方・・・病名をお教えてください。
高血圧 糖尿病 喘息 緑内障 前立腺肥大
その他 (_____)
- ◆ 現在、使用(服用)しているお薬はありますか。(はい・いいえ)
『はい』と答えた方・・・わかれば薬剤名をお書きください。
[_____]
- ◆ 女性の方のみお答えください。
妊娠中ですか。(はい・いいえ) _____ 授乳中ですか。(はい・いいえ) _____
- ◆ タバコは吸いますか
吸わない 吸う (1日 _____ 本くらい)
- ◆ 当院をどのように知りましたか
電話帳 看板 知人の紹介 インターネット 通りがかり
チラシ 自宅が近く 職場が近く
その他 (_____)

記入がすみましたら受付にお出してください。ご協力ありがとうございました。

※ お薬手帳をご希望の方は会計の際お申し出ください。