

ID:

記入年月日

年 月 日

問 診 票

(お尋ねした内容は診察目的以外には使用いたしません。また外部に漏らすこともございません。)

| | | | |
|-------|---------------|-------|------|
| ふりがな | | 性別 | 男・女 |
| 氏名 | | 様 | |
| 生年月日 | T · S · H · R | 年 月 日 | 年齢 才 |
| 住所 | 〒 | | |
| ※電話番号 | ※携帯番号 | | |

※電話番号・携帯番号は現在連絡の取れる番号の記入をお願いします

1. いつ頃からですか？ (前から) KT : °C
どのような症状でお困りですか？
()
2. 過去にかかった特別な病気を教えてください。
()
3. 現在治療中の病気がありましたら教えてください。
()
4. 今まで手術を受けたことはありますか？
なし ・ あり 手術名 ()
5. 現在服用中のお薬がありましたら教えてください。お薬手帳をご持参の方は、受付時に出してください。
なし ・ あり お薬名 ()
* 他院で処方されているお薬を当院で希望される方は、事前にスタッフまでお知らせください。
6. 薬や食べ物のアレルギーがありましたら教えてください。
なし ・ あり ()
7. 嗜好品について
アルコールは飲みますか？
飲まない ・ 付き合い程度 ・ 週3日以上 ・ 毎日飲む (量 : , 種類 :)
タバコは吸いますか？
吸ったことはない ・ 現在吸っている (本/日 × 年間)
以前吸っていた (本/日 × 年間 , 年前から禁煙)
8. 女性の方にお聞きます
妊娠中ですか？ (はい ヶ月 ・ いいえ) 授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)