

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	年齢	才
住所	〒		
電話番号	ご自宅 :	携帯 :	

労災としての診療ですか？ (はい ・ いいえ)

※「はい」に ○ を付けた方へ

当院は労災指定医療機関ではありませんので、治療費は全額ご負担いただく必要があります
 労災で受診希望される場合は、初回診療日にお申し出ください
 完治までに時間を要する、治療費が高額になる等想定される場合は
 労災指定医療機関への受診をご検討下さい

いつ頃から、どのような症状でお困りですか？ KT : °C
 (前から)
 ()

これまで大きな病気にかかったことはありますか？
 ()

現在治療中の病気はありますか？
 ()

手術を受けたことはありますか？
 なし ・ あり 手術名 ()

現在服用中のお薬はありますか？ お薬手帳をお持ちの方はご提出ください。
 なし ・ あり お薬名 ()

薬や食物のアレルギーはありますか？
 なし ・ あり ()

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)

女性にお聞きます。妊娠中ですか？ (はい ヶ月 ・ いいえ) 授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)