

問 診 票

(NO. _____)

※太枠の中を必ずご記入ください

フリガナ		住所	〒
氏名			
生年月日	S・H 年 月 日 (歳)	TEL	
		携帯	

下記の項目に記入、または○で囲んでください

身長 cm 体重 kg

1) 本日はどうなさいましたか？

2) その症状はいつ頃からですか？

3) 目をご不自由ですか？ いいえ はい →メガネ コンタクト その他 ()

4) 耳をご不自由ですか？ いいえ はい →右 左 補聴器 (有 無)

5) 現在治療中、または今までにかかった病気はありますか？ はい いいえ
 ※はいに○の方は下記にご記入ください

発症年齢	病名	治療経過	手術 (有・無)
(例) 15歳 頃	骨盤骨折	〇〇病院で入院	有

6) 現在飲んでる薬はありますか？ はい いいえ

※はいに○の方は下記にご記入ください

薬品名 _____ , _____
 薬品名 _____ , _____

7) アレルギーはありますか？ はい いいえ

※はいに○の方は下記にご記入ください

食べ物や薬等の名称	症状

8) タバコを吸いますか？または吸っていましたか？ はい いいえ

※はいに○の方は下記のかっこ内にご記入ください

- ・ 1日に吸っている (吸っていた) 本数 () 本
- ・ 喫煙年齢 () 歳から () 歳まで

9) お酒は飲みますか？ はい いいえ

※はいに○の方は下記のかっこ内にご記入ください

- ・ 1週間あたり何日間飲みますか？ () 日くらい
- ・ 1回あたりどのくらい飲みますか？ ()

10) 輸血を受けたことがありますか？ はい いいえ

11) ご家族や近親者の方に下記の病気がありますか？該当するものに○をご記入下さい
 癌・脳出血・脳梗塞・心筋梗塞・狭心症・高血圧・肝炎・腎臓病・結核・その他 ()

12) 女性の方のみご回答下さい。現在妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ

13) 何かご質問はありますか？

14) 当院をどのようにお知りになりましたか？該当するものに○をご記入下さい
 Google・YAHOO・病院検索サイト・ビル看板・立て看板・紹介 ()