

問 診 票

ID: _____

〒 _____ 電話番号: (_____) _____

住所: _____

ふりがな

氏名: _____ (男 ・ 女)

生年月日: 明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳

当院に初めてかか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受けましたか (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…わかれば薬剤名・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。(ある ・ ない)

 高血圧 糖尿病 喘息 緑内障 前立腺肥大
 その他 (_____)◆ 今現在、使用(服用)しているお薬はありますか (ある ・ ない)
『ある』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 (_____)

記入が済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。