

問診票（初めての方へ）

平成 年 月 日

問診票は診察に役立てるものです。下記の項目についてご本人または、付き添いの方が記入、もしくは○で囲んでください。ご記入いただいた個人情報には診察目的にのみ使用し、他の目的には一切使用いたしません。ご協力お願いいたします。

フリガナ 受診者氏名	生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日()才
---------------	------	----------------	-----------

1. 本日の受診理由をお書きください。

①いつ頃から ()

②どこが、どのような具合ですか？

()

2. 現在または以前に、ほかの病院に通院・入院をしていた事がありますか？

・外来 (現在も通院中 ・ ある ・ ない) 病院名 ()

・入院 (ある ・ ない) 病院名 ()

・服用されているお薬 ()

3. 今までに、薬や食べ物で身体がかゆくなったり、気分が悪くなった事がありますか？(アレルギー等)

いいえ ・ はい (わかれば具体的に:)

4. 今までに大きな病気にかかった事がありますか？

いいえ ・ はい (かかった事があるものに○をつけてください)

がん ・ 脳卒中 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 胃腸の病気 ・ 肺や気管支の病気 ・ 眼の病気 ・ 足腰の病気 その他の病気 ()

5. 今までに手術を受けた事がありますか？

いいえ ・ はい ()

6. 今までに輸血を受けられた事はありますか？

いいえ ・ はい (いつ頃ですか?)

7. お酒は飲みますか？

いいえ ・ (やめた場合はやめられた時期:)

はい (時々 ・ 3~4 日おき ・ 1~2 日おき ・ ほぼ毎日)

8. たばこを吸いますか？

いいえ ・ (やめた場合はやめられた時期:) ・ はい (本/日)

9. 女性の方にお尋ねします。

・妊娠されていますか？ はい (カ月) ・ 可能性あり ・ いいえ

・現在授乳中ですか？ はい ・ いいえ

10. 予約日に来院されなかった場合、こちらからご連絡してもよろしいですか？

はい (連絡先 TEL:) ・ いいえ

11. 診察や治療についてご希望がございましたらお書きください。

※初めての方は診察に時間がかかる場合があるため、診察の順番が変わる事がありますので、あらかじめご了承ください。また何かお気づきの点がございましたらスタッフへお気軽にお申し出ください。