

問 診 票

記入： 年 月 日

フリガナ	
氏 名	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 生
住 所	〒
電話番号	
連絡先	

1. 本日来院の目的は？
 ()
2. 現在治療中の病気はありますか？
 はい (高血圧・糖尿病・胃十二指腸潰瘍・脳血管疾患・高脂血症・心疾患・
 その他：)
 いいえ
3. 現在他の病院にかかっていますか？
 はい (病院名： 受診科：
 病 名：)
 いいえ
4. 過去に手術をうけたり、入院したことがありますか？
 はい (病名：)
 いいえ
5. お薬でアレルギー反応（全身湿疹・ショック等）がおきたことがありますか？
 はい (薬剤名がわかれば記入してください：)
 いいえ
6. 2週間以内に海外に行かれましたか？または帰国されましたか？
 はい (国名または地域名)
 いいえ
7. お酒は飲まれますか？ タバコは吸われますか？
 お酒：飲まない・飲む (ビール 本/1日
 酒 合/1日
 その他 /1日)
 タバコ：吸わない・吸う・以前吸っていた 本/1日
8. (女性の方に) 妊娠中あるいは妊娠の可能性はありますか？
 はい
 いいえ
9. 当院をどこでお知りになりましたか？
 知人の紹介・通りがかり・ホームページ・パンフレット・広告
 その他 ()