

問診表

ID () 年 月 日
名前 () 年齢 (歳) 体温 _____ °C
郵便番号 (-)
住所 (市・町 区)
電話番号 (- -) 携帯電話 (- -)

●当院をどのようにして知りましたか？

家族や知人からの紹介・他院からの紹介 ()・当院ホームページ
チラシや広告・通りがかりに見つけた・その他 ()

●今日はどうされましたか？症状を記入してください。またその症状はいつからですか？

症状 ()
いつから ()

●今までにかかった事のある病気はありますか？ はい ・ いいえ

糖尿病 ・ 高血圧 ・ 脂質異常症 ・ 脳卒中 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 喘息
悪性腫瘍/がん () その他 ()

●現在、通っている病院はありますか？ はい ・ いいえ

病院名 () 病院名 ()

●現在、内服中の薬はありますか？ はい ・ いいえ

* お薬手帳のある方はお出しください。手帳がない方は、お薬を記入してください。

薬の名前 ()

●ご家族に突然死をされた方や、心筋梗塞・脳梗塞の方はいますか？ はい ・ いいえ

誰 () 病名 () 誰 () 病名 ()

●アレルギーはありますか？

①薬のアレルギー はい ・ いいえ はいの方→ ()
②食物のアレルギー はい ・ いいえ はいの方→ ()
③その他 ()

●煙草を吸いますか？ はい ・ いいえ ・ 以前吸っていた

はいの方 → (歳から 1日 本 年間)
以前吸っていた方 → (歳から 1日 本 年間)

●ここ1~2か月以内に海外へ渡航したことはありますか。 はい ・ いいえ

はいの方は渡航先を記入してください。(国名) (いつ頃)

女性の方にお聞きします。

●妊娠中または妊娠の可能性はありますか？ はい ・ いいえ

●現在、授乳中ですか？ はい ・ いいえ

※ご記入ありがとうございました。