

# 問診票 (診察)

ID:

記入日 西暦 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	年齢
氏名			大・昭・平 年 月 日	才
住所	(〒 - )	※ご連絡可能な電話番号		
		自宅:	-	-
		携帯:	-	-
		その他( ):	-	-

※緊急のご連絡をさせていただく場合がございますので、必ず連絡のとれる番号を教えてください。

1) 本日はどうされましたか？ ※簡単に記入してください。

[ ]

2) いつからですか？

[ ]

3) 症状の経過はどうですか？

悪化している       かわらない       改善傾向

4) 今までに手術を受けたことはありますか？

ない       ある⇒ (手術名・部位: )

5) 薬や食べ物などでアレルギーを生じたことがありますか？

ない       ある⇒ (薬: )  
(食べ物: )  
(その他: )

6) 毎日飲んでいる薬はありますか？ (「ある」にチェックを入れた方は、受付で見せて下さい)

ない       ある⇒ [ ]

7) お酒を飲みますか？

飲まない       飲む

8) たばこを吸いますか？

吸わない       吸う

9) 下記で該当するものがありますか？

ペースメーカー     人工弁       脳動脈瘤クリッピング     カラーコンタクト  
 人工内耳       インプラント     磁石を使った義歯     歯列矯正       妊娠中  
 補聴器       入れ墨(眉毛、アイライン等も含む)     その他の体内金属  
 避妊リング       膀胱瘻や膀胱留置カテーテル       上記に当てはまるものはない

10) 当院をどうやってお知りになりましたか？ (複数回答可)

当院のホームページ     タウンページ     知人・家族       その他( )

11) ご来院の交通手段を教えてください。(複数回答可)

徒歩     バス     電車     自転車・バイク     自家用車     タクシー

\*\*\*\*\* ご記入が終わりましたら、受付までお持ち下さい。 \*\*\*\*\*