

問診票

受診日 平成 年 月 日

ふりがな _____

氏名 _____

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日

郵便番号 _____

住所 _____

電話番号 自宅 _____ 携帯 _____

○本日はどのような症状で受診されましたか？

(_____)

それらの症状はいつ頃からですか？ () 月 () 日ころ

○これらの症状について他の病院・医院にかかりましたか？

1) かかってない

2) かかった 病院・医院名 (_____)
何と言われましたか？ (_____)
治療はされましたか？ (_____)

○現在他の病気で治療を受けていますか？ (はい ・ いいえ)

(はい) の方・・・病名と病院・医院名 治療内容 (お薬の名前など) をお書きください

(_____)

○今までにかかった病気・手術をお書きください

() 歳 () () 歳 ()
() 歳 () () 歳 ()

○今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

(はい) の方・・・具体的にお書きください

(_____)

○採血などの時に、アルコール綿でかぶれたことはありますか？ (はい ・ いいえ)

○利き手 (右 ・ 左)

○嗜好品についてお答えください。

アルコール 毎日飲む 1日 () を () 本くらい / 週に () 日 / 飲まない
煙草 (歳から1日平均 本) / 以前は吸っていたが、やめた / 吸わない

○女性の方にお聞きします (画像検査に制限があるため)。妊娠の可能性はありますか？ (はい ・ いいえ)

ご協力ありがとうございました。順番が来ましたらお呼び致しますので、もう少しお待ちください。