

問診票

令和 年 月 日

(ふりがな)

男

お名前

女

生年月日 T. S. H

年

月

日

(歳)

〒

住所

電話番号

携帯番号

ご職業

身長

cm

体重

kg

1. 当院を知ったきっかけをよろしければ教えてください。
(ご紹介 () さん・通りがかり・ホームページ・看板・その他 ())
2. 本日はどのような症状で来院されましたか？
()
3. いつ頃から症状はありますか？
()
4. 今までに大きな病気にかかれた事がありますか？入院、手術を受けられた事がありますか？
()
5. 今までに次の病気にかかれたことはありませんか？
心筋梗塞・不整脈・脳梗塞・高血圧・糖尿病・喘息・肝臓病
その他 ()
6. 輸血を受けたことはありませんか？ (はい・いいえ)
7. 今お飲みのお薬はありますか？ (はい・いいえ)
(はい) の方のみ…お薬の名前や種類を教えてください。
()
8. 飲み薬、麻酔などでアレルギーはありますか？ (はい・いいえ)
(はい) の方のみ…その症状とお薬の名前や種類を教えてください。
()
9. タバコは吸いますか？ (はい 1日 () 本・いいえ)
10. お酒は飲みますか？ (はい 1日 () を () 本・いいえ)
11. 女性の方：妊娠している可能性がありますか？ (はい・いいえ)
授乳されていますか？ (はい・いいえ)
12. ご希望の検査がありましたらご記入ください。
〔腹部エコー・胃カメラ・大腸カメラ・ピロリ菌検査・採血・アレルギー検査・頸部エコー〕
13. 漢方薬は苦手ですか？ (苦手・問題ない)
14. その他何かございましたらご記入ください。
()