

問 診 票

記入日 年 月 日

ふりがな		男	生 年 月 日	
氏 名		・ 女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 () 歳	
住 所	〒 -			
	自 宅 () - -	身 長	体 重	
	携帯番号 () - -	c m	k g	

1. いつからどのような症状でお困りですか。

いつから ()
症 状 ()

2. 今までにかかったことのある病気はありますか。

ない ある (下記に○をつけてください。)

高血圧 高脂血症 糖尿病 心筋梗塞 狭心症 不整脈
肝臓病 腎臓病 脳梗塞 脳出血 気管支喘息 緑内障
前立腺肥大 その他 ()

3. 手術をうけたことはありますか。

ない ある (部位:)

4. 定期通院中の医院・病院はありますか。

ない ある (病院名:)

5. 薬や食物のアレルギーはありますか。

ない ある (アレルギー名:)

6. お薬手帳はお持ちですか。

ない ある *ある場合は窓口へご提示お願いします。

7. たばこは吸いますか。

吸わない 禁煙した () 才 喫煙中 (才頃から 本/日)

8. 女性の方ではまる項目があれば教えて下さい。

妊娠中 授乳中 生理中

9. 当院をどのように知りましたか。

近所 知人の紹介 他院より紹介 ホームページ 看板・広告
口コミ その他

ご記入が終わりましたら、受付に提出して下さい。
ご協力ありがとうございました。