

問 診 票

カルテ No.

フリガナ

氏名： _____ (男 ・ 女)

生年月日： (明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平) _____ 年 _____ 月 _____ 日 身長 _____ cm 体重 _____ kg

〒 _____ 住所： _____

体温： _____ . _____ °C 血圧： _____ / _____ 脈拍： _____ /分

- 今日はどのような症状で来られましたか？ 具体的に記入してください。

- 今回の症状でどちらかの医院にかかりましたか？
(いいえ ・ はい _____ 月 _____ 日 から _____ に)

- 今までにかかった病気や治療中の病気があれば、記入してください。(病名・いつ頃)

- 手術の経験はありますか？ なし ・ あり 病名： _____ いつ頃： _____

- 食べ物のアレルギーはありますか？ なし ・ あり： _____

- 薬 ・ その他アレルギーはありますか？ なし ・ あり： _____

- 現在、飲んでいる薬はありますか？ なし ・ あり： 薬品名： _____

- たばこ 吸わない 吸う 過去に吸っていた (_____ 本 _____ 歳まで)

- アルコール 飲まない 飲む 過去に飲んでいた

- 毎日 週 2~3 回 機会飲酒 (_____ X _____ ml)

- 女性の方へ

妊娠している可能性は？ なし ・ あり 最終月経は？ (_____ 月 _____ 日) ・ 閉経

簡単なアンケートをお願いしております。差し支えなければ、ご協力をお願い致します。

当院を知ったきっかけは？ この駅をよく使う ・ 通りがかり ・ ホームページ ・ 内覧会
知人友人の紹介 ・ 他医療機関からの紹介 ・ その他 (_____)

当院への通院手段は？ 徒歩 ・ 自転車 ・ 自家用車 ・ 電車 ・ タクシー ・ バス