

問 診 票

フリガナ.....

令和__年__月__日

氏名_____様 生年月日_____年__月__日 男・女

住所〒 _____

電話_____ - _____ 携帯 TEL (_____) _____

メールアドレス _____ @ _____

本日は、何科を受診されますか。

胃腸科 ・ 内科 ・ 外科 ・ 皮膚科

来院された状態についてお聞きします。

1：いつ頃から；____時間前から、____日前から、____週間前から、____ヶ月前から

どこが；_____

どうしましたか；_____

2：本日の体温_____度 身長_____c m 体重_____k g

3：これまでに大きな病気・ケガ・手術をしたことはありますか。

いいえ ・ はい (_____歳頃 病名_____)

4：現在治療中の病気はありますか。

いいえ ・ はい (病名_____)

5：現在のんでいるお薬はありますか。

いいえ ・ はい (お薬の名前_____)

6：お薬、食べ物などでアレルギー症状をおこしたことはありますか。

いいえ ・ はい (何で _____どうなりましたか_____)

7：お酒、タバコをされる方にお聞きします。

お酒；何を_____ 一日_____本

タバコ； 1日 _____本

8：女性の方にお聞きします。

最終月経はいつですか； _____月_____日頃 (授乳中ですか・はい)

妊娠している可能性はありますか； いいえ ・ はい (現在妊娠____ヶ月)

書き終わりましたら受付にお出し下さい。なお多少順番が変わることがありますのでご了承下さい。体調の悪い方はあらかじめお声をかけて下さい。

今後のために当院を受診されたきっかけを教えてください。(複数可)

- ① 近所だから ②口こみ ③タウンページ (電話帳) ④iタウンページ (携帯電話等)
⑤電柱広告 ⑥野立て看板 ⑦その他_____

ご協力有難うございました。