

ID :

問診票

年 月 日

ふりがな			
名前	男・女		
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日生 (満 歳)
住所	〒	身長	cm
		体重	kg
自宅・携帯		体温	℃
緊急連絡先			

① 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

看板・チラシ・健康新聞・ホームページ・紹介・タウンページ・近鉄バスのアナウンス
 (紹介者名：) お名前をご記入ください

② 今日はどうされましたか？それはいつ頃からですか？(経過を教えてください)

③ これまでに病気にかかったことがありますか？(ある・ない)

高血圧・糖尿病・脳梗塞・心臓病・喘息・肝臓病・結核・前立腺肥大・緑内障
 その他 ()

④ 現在、通院中の病院・医院はありますか？(ある・ない)

ある方は、病院名と服薬中のお薬をご記入ください
 病院名 () 薬 ()

⑤ 食べ物や薬でのアレルギーがありますか？(ある・ない)

ある方は具体的に記入してください。()

⑥ 嗜好品について

たばこ (吸わない・吸う 本/日)・以前吸っていた (頃)
 アルコール (飲まない・飲む) (頻度： 日/週・量： 種類：)

⑦ 女性の方のみ 妊娠中ですか？(はい・いいえ) 授乳中ですか？(はい・いいえ)

生理中ですか？(はい・いいえ)

⑧ 手術を受けたことはありますか？(はい・いいえ)

⑨ 輸血を受けたことはありますか？(はい・いいえ)