

問診表

フリガナ

氏 名 _____

生年月日 大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (年齢 _____ 歳)

〒 _____

住 所 _____

電 話 (自宅) _____ (携帯) _____

- 今日は何が一番心配でこちらを受診されましたか？

- 現在治療中の病気、または以前治療していた事のある病気はありますか？

糖尿病 高血圧 心臓病 コレステロール、中性脂肪 がん 脳の病気

肝臓病 腎臓病 ぜんそく 骨粗鬆症 その他 (_____)

- 入院や手術を受けたことはありますか？

ある (病名: _____) なし

- ご家族で以下の病気の方はおられますか？

糖尿病 高血圧 高コレステロール 心疾患 脳卒中 がん 甲状腺

- 薬、注射、食べ物によるアレルギーはありますか？

ある (_____) なし

- タバコは吸われますか？

吸わない 吸う (吸っていた) 1日 () 本 () 歳 ~ () 歳

- お酒は飲まれますか？ 飲まない 飲む

週に () 日、1回に何 (_____) を、どれくらい (_____) 飲んでいる

- 15歳以下の方へ 体重 (_____) kg

服用できない薬の形はありますか？ 水薬 粉薬 錠剤

- 女性の方へ 現在、妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ 不明

- 検査結果の報告について、ご希望する方法にチェックしてください

後日受診して直接説明を聞く 異常値があれば電話連絡 翌日 E-Mail で連絡

当院をお知りになったきっかけを教えてくださいませんか？

- 知人や友人に聞いて ホームページをみて 近くにあるから
 新聞・雑誌の広告を見て 看板をみて 他院からの紹介 その他