

問 診 票

年 月 日

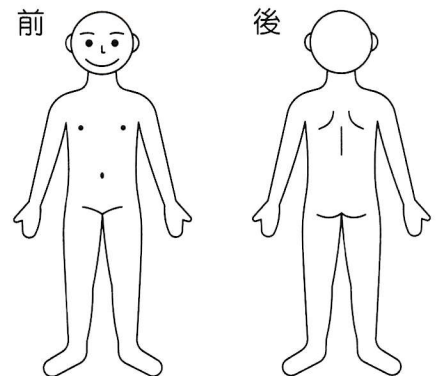
問診した内容は診察や事前検査の参考にさせていただきます。個人情報 は診察に関してのみ使用いたします。

フリガナ 氏 名	男・女	生年月日 年 月 日生	T・S・H・R	職業
〒 住 所				
携 帯 番 号	— —	自 宅 電 話 番 号	— —	
緊 急 連 絡 先	— —	名 称 :	続 柄 :	

1. どのような症状でお困りですか？

具合の悪い箇所に○をつけてください

()



2. それはいつ頃からですか？

()

3. 現在治療中 又は 今までにかかった病気はありますか？

☐ いいえ ☐ はい (☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 心臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 肝臓病
☐ 胃・十二指腸潰瘍 ☐ 結核 ☐ 喘息 ☐ その他 ())

4. 現在、飲んでいるお薬はありますか？(他医の薬、市販の薬、健康食品等)

☐ いいえ ☐ はい ()

5. これまでに飲み薬や注射薬で気分が悪くなったり、副作用が出たことがありますか？

☐ いいえ ☐ はい (☐ 抗生剤(抗生物質) ☐ かぜ薬 ☐ 解熱鎮痛剤 ☐ 造影剤
☐ その他 ())

6. 今までに手術を受けたことがありますか？

☐ いいえ ☐ はい ()
輸血はされましたか？ ☐ いいえ ☐ はい

7. 女性の方のみ 妊娠の可能性 ☐ 無 ☐ 有
授乳中ですか？ ☐ いいえ ☐ はい

8. たばこを吸いますか？ ☐ いいえ ☐ はい (1 日 本)

9. お酒を飲みますか？ ☐ いいえ ☐ はい

10. 検査や治療についてご希望があればお書きください。

()

ご協力ありがとうございました。書き終わりましたら、この用紙を受付にお渡しください。

