

問診票

フリガナも必ずご記入願います。

| | | | | |
|---------|---|--------|-------------|---------|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 | 明・大・昭・平 |
| 氏名 | | 男 女 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 住所 | 〒 | | | |
| 自宅電話番号 | | 職業 | | |
| 携帯電話番号 | | 身長 | cm | |
| メールアドレス | | 体重 | kg | |

* 本日の受診の目的を教えてください。

内科の診療

外科の診療

下肢静脈瘤の診療

甲状腺の診療

健診目的

その他 ()

* いつ頃からどのような症状でお困りですか。

* または今までに何か大きな病気にかかったことはありますか。 (はい・いいえ)

「はい」の方...

・ 緑内障 (眼圧が高い) ・ 前立腺肥大 (男性のみ) 該当する方は をつけて下さい。

・ その他 ()

* 今までに薬や食べ物等でアレルギー症状(発疹・気分不快など)を起こしたことがありますか。

(はい・いいえ)

「はい」の方...薬、食べ物等の名前 ()

* 女性の方にお聞きします。

妊娠中ですか(はい・いいえ) 授乳中ですか(はい・いいえ)

月経(順調・不調) 最終月経(月 日~ 月 日)

閉経(才) 未婚・既婚(子供 人)

* 嗜好品についてお聞きします。

飲酒 毎日(種類 量)・時々・飲まない

たばこ 吸う(1日 本 年間)・やめた・吸わない

* その他、希望事項がありましたらお書きください(検査を希望する、点滴を希望する等)