

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 | 大・昭・平 | | |
| 氏名 | | 男 女 | | 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
- 肛門科の診療
- 禁煙外来
- 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 ()

*喘息はありますか。

(はい・いいえ)

*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)