

# 問診表

(下記の項目に記入もしくは○をつけてください) 記入日 年 月 日

フリガナ		大・昭・平・令	
お名前	男・女	生年月日	年 月 日 歳
		フリガナ	
ご住所	フリガナ	電話	自宅携帯
	フリガナ	勤務先	電話

① 今日はどうなさいましたか？(来院の目的、症状など)

② 持病(既往歴)で当てはまる病気に○をつけてください

- ・食道・胃・十二指腸・大腸・高血圧・糖尿病・心臓病
- ・前立腺肥大・緑内障・腎臓病・肝臓病( 型肝炎)・婦人科疾患
- ・精神疾患( )・その他( )・なし

③ 今までに薬や注射でアレルギー反応をおこしたことがありますか？

- ・はい(薬品名: )・いいえ

④ 毎日の生活についてお尋ねします

- ・便は一日 何回ですか？ ( 回ぐらい)
- ・お酒は飲みますか？・毎日( ぐらい)・ときどき・いいえ
- ・タバコは吸いますか？ ・はい(一日 本)・いいえ

⑤ 現在服用中の薬はありますか？ ・はい ・いいえ

- ・血液がさらさらになるお薬を服用していますか？ ・はい ・いいえ

⑥ 女性の方のみ、お答えください

- ・現在妊娠中ですか？ ・はい ・いいえ ・可能性あり
- ・現在授乳中ですか？ ・はい ・いいえ

⑦ 当院を知ったきっかけを教えてください

- ・友人、知人の紹介 ・家族が通っている ・ホームページを見て
- ・通りがかり ・その他( )