

問 診 票

フリガナ 氏 名 (男・女)	生年月日 大・昭・平 年 月 日 (歳)
住 所 〒	—
電話番号	— — 緊急連絡先 — —

☆本日の診察の参考にいたしますので、当てはまる所にご記入ください。

☆現在、通院している医療機関がありますか？ いいえ ・ はい (病院名：)

☆紹介状がありますか？ ある (病院名：) ・ ない

① 今日どのようなことで来られましたか？

② そのような状況はいつからですか？ (頃)

③ その事で他院を受診されましたか？ はい ・ いいえ

④ 現在、治療を受けておられる病気はありますか？

- ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 心臓病 ・ 前立腺肥大症
- ・ 胃腸病 ・ 緑内障 ・ 喘息 ・ 鼻炎 ・ 脳血管障害 (脳梗塞・脳出血)
- ・ その他 ()

⑤ 現在、服用しているお薬はありますか？ ある ・ ない
※現在服用しているお薬がある場合はお薬手帳をお出してください。

⑥ アレルギーはありますか ある ・ ない
ある方は何のアレルギーですか？ (薬 ・ 食物 ・ その他)

⑦ 飲酒は1日 ・ 煙草は1日 本

⑧ 現在妊娠されていますか？ (女性のみ) はい ・ いいえ

⑨ その他、何か伝えたい事があればお書きください。
