

# 問 診 票

年 月 日

フリガナ 氏 名	( 男 ・ 女 )
生年月日 大・昭・平・令	年 月 日 ( 才 )
住 所 〒	
埼玉県	
電話番号	( )

1. いつ頃から どのような症状でお困りですか？

2. 上記のことで他の医療機関で診察を受けられましたか？

はい → 何と言われましたか？ お薬は処方されましたか？

いいえ

3. 最近の体調はいかがですか？

食欲 (ある・普通・ない) 便通 ( 回 日)

睡眠 (よく眠れる・普通・不眠)

気になることがある

( )

4. 今までにかかった病気を○で囲んでください。

また、それはいつ頃 (または何歳頃) ですか？

虫垂炎 ( ) 心臓病 ( )

胃潰瘍 ( ) 喘息 ( )

その他 ( )

5. 現在飲んでいる薬はありますか？

はい → 薬の名前がわかれば記入してください。

いいえ

(裏にも質問事項があります)

6. 今までに薬や食べ物でじんましん等のアレルギーを起こしたことはありますか？

はい → その薬や食べ物がわかれば記入してください。

いいえ

7. 嗜好品についてお答えください。

お酒 毎日飲む → 1日量 期間

時々飲む

飲まない

たばこ 吸う → 1日 本 年

吸わない

やめた → やめてから 年

8. 女性の方にお聞きします。

妊娠中ですか？ (はい ヶ月・いいえ)

授乳中ですか？ (はい・いいえ)

月経 (順調・不順)

最終月経 ( 月 日～ 月 日)

閉経 才

9. あなたの血縁関係 (祖父・祖母・父・母・兄弟・子供) で次の病気にかかったことがある、または、かかっている方があればお答え下さい。

がん ( ) 高血圧 ( ) 糖尿病 ( )

結核 ( ) 喘息 ( ) 心臓病 ( )

その他 ( )

10. 検査の結果、がん等の悪性疾患と診断された場合、告知を希望されますか？

希望する 希望しない

11. どのようにして当院をお知りになりましたか？

インターネットで調べた  ご近所  友人知人のご紹介

ご家族が通院中  ホームページ  看板

ありがとうございました。