

< 問 診 表 >

| | |
|---|--------------------------------|
| フリガナ : | 性別 : 男性 ・ 女性 |
| 氏名 : | 身長 : cm 体重 : kg |
| 生年月日 : (大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和) 年 月 日 生まれ 歳 | 職業 : |
| 住所 : 〒 | 電話番号 : () |
| ① 今日来院された理由をお書き下さい。(症状等、具体的にお願いします。) | |
| (腫れ : 有 ・ 無) (しびれ : 有 ・ 無) | |
| ② その症状はいつ頃からですか? | そのきっかけは、ありましたか? ある () ・ ない |
| ③ 今までに大きな病気・ケガ・手術をされたことがありますか? ・ある () 年 月頃(約 年前) ・ない | |
| ④ 薬・注射・食品などアレルギーが起きたことはありますか? ・ある () ・ない | |
| ⑤ 現在治療中の病気、服用中の薬があればお書き下さい。 | |
| ★ 女性の方のみお答え下さい。 ・妊娠の可能性はありますか? ある(出産予定日 年 月 日)・ない わからない(最終月経開始日 年 月 日) ・閉経 (歳) | |
| ⑥ 下記の項目についてお答え下さい。 ・タバコ : 吸う(1日 本くらい) 喫煙歴 (年) ・吸わない ・アルコール : 飲む(1日) アルコール歴(年) ・飲まない ・その他嗜好品 : () | |
| ⑦ ご家族に下記の病気の方はいらっしゃいますか? 糖尿病() 喘息() 高血圧() 心臓病() 腎臓病() 肝臓病() 脳梗塞() 悪性腫瘍() 内分泌疾患() その他() | |
| ⑧ マイナ保険証による診療情報所得に同意しましたか。 はい ・ いいえ | |
| ★ 当院へ来られたきっかけは何ですか? 家族・知人の紹介() 看板を見て() インターネットを見て() 家が近い() その他() | |