

(初めて来られた方へ)

診療日 年 月 日

【 問診票 】

住所 〒				—			
フリガナ 氏名		生年月日 T・S・H 年 月 日 (歳)			性別 男・女		
電話番号	自宅	()	—	職業			
	携帯	()	—	勤務先電話番号	()	—	
現在の体温	度						

1、今日はどうなさいましたか？

症状:

2、以下に示す慢性疾患で治療した、または現在も治療を続けているものがありますか？

ある場合はチェックしてください。

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 結核 | <input type="checkbox"/> 肝臓病 | <input type="checkbox"/> 胃腸病 |
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 血液の病気 |
| <input type="checkbox"/> 腎臓病 | <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 |
| <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> 緑内障 | <input type="checkbox"/> その他() |

3、現在飲んでいる薬はありますか？

ない・ある

※お薬手帳をお持ちの際は、受付へご提出ください。

5、食品や薬に対するアレルギーや、アレルギー疾患はありますか？

ない・ある ()

6、手術を受けたことがありますか？

ない・ある 手術名 ()

7、女性の方へ。該当する項目に○をして下さい。

妊娠の可能性なし・現在妊娠中(週)・現在授乳中・不明

8、当院をどのようにお知りになりましたか？

ホームページ 家が近所 知人の紹介 家族の紹介 駅の看板 広告
その他 ()

※個人情報は当院で定めた利用目的の範囲で利用いたします。