

問 診 表

プライバシーは厳守いたします。正確にお答えください。

フリガナ
氏名

男女 生年月日 年 月 日生 歳

住所 〒

電話

職業

(勤務先

)

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか？

いつ頃から (年 月 日から)

症状

[]

2. これまでにかかった病気について教えてください

病院名

- 高血圧 (過去に治療 治療中 治療してない) ()
- 糖尿病 (過去に治療 治療中 治療してない) ()
- 心臓病 (過去に治療 治療中 治療してない) ()
- 脳卒中 (過去に治療 治療中 治療してない) ()
- 他 () (過去に治療 治療中 治療してない) ()

3. 薬や食べ物にアレルギーがありますか？

はい

いいえ

「はい」の方・・・わかれば薬・食べ物の名前 ()

4. 女性の方にお聞きします

生理について 規則的 不規則 閉経した 最終月経日(月 日頃)

5. 嗜好品についてお聞きします

アルコールを 飲まない

飲む (何を) (1日どの位) ()

たばこを 吸わない

吸う (歳から、1日 本 年間吸っている)

やめた (歳から、1日 本 年間吸っていた)

6. 当院を何でお知りになりましたか？(複数可)

ホームページ タウンページ 看板 紹介 その他 ()

うすき医院