

# 問 診 票

当院では、診療を円滑にすすめるため、初診の患者様に下記の質問に、お答えいただいております。ご協力宜しくお願い致します。紹介状持参の方もご記入ください。

フリガナ 氏 名	( 男 ・ 女 )	生年月日	年齢
郵便番号		年 月 日	歳
ご住所		お電話番号(緊急時に必ず連絡のつく)	
身長	cm	体重	kg
		体温	℃
e-mail			

1. いつからどこがどのように具合が悪くなりましたか？(例：昨日から胃がキリキリ痛む)

2. 薬や食べ物でアレルギーはありますか？ ( あり ・ なし )

薬品 ( ) 食品 ( )

3. 現在、他の医療機関で治療中の病気や、過去に大きな病気や手術をされた方はその内容をご記入、または○印をして下さい。(例：ペースメーカーがはいている、盲腸の手術をうけた。)

( 高血圧・糖尿病・高脂血症・喘息・狭心症・心筋梗塞・不整脈・脳卒中・貧血・がん・その他・手術歴(あり・なし) )

4. 現在、服用されている薬があればご記入下さい。( あり ・ なし )

※薬手帳などお持ちの方はご提示ください

5. 今日は、お食事をされていますか？ ( はい ・ いいえ )

6. 検査希望の有る方は希望内容に○印をして下さい。(複数回答可)

( 胃カメラ ・ 大腸検査(検便・カメラ) ・ 超音波 ・ レントゲン ・ 採血 ・ よくわからない )

7. 日常生活についてお尋ねします。

● 便通 ( / 週 )

● たばこは吸いますか？ ( はい ・ いいえ ) ( 1日 / 本 約 年間 )

● アルコールは飲みますか？ ( はい ・ いいえ ) ( 1日 杯 )

□毎日 □ほぼ毎日 □週 日 □つきあい程度

8. さしつかえなければ、貴方の家族に次の病気があるかお聞かせ下さい。

該当するものに○印をして下さい。 ※ただし血縁のみ

( 癌 ・ 脳卒中 ・ 心臓病 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 )

9. 妊娠中、または授乳中ですか？ ( はい ・ いいえ )

10. 何を ご覧になって来院されましたか？ 該当するものに○印をして下さい。(複数回答可)

① 医院看板 ② ホームページ ③ 地下鉄放送 ④ 家族・知人の紹介 ⑤ 他院からの紹介

⑦ その他 ( )