

ID: \_\_\_\_\_

令和 年 月 日

## 問 診 票

体温 ( °C)

フリガナ:				性別
お名前:				男性 ・ 女性
生年月日:	明治・大正・昭和・平成	年	月	日 ( 歳)
ご住所	(〒 - )			
お電話番号:	-	-	携帯:	- -
E-mailアドレス				
身長:	cm	体重:	kg	

当院からのお知らせや健康等に関する情報に限り患者様の上記個人情報先へ送信することがあります。

ご承知いただけない場合は、□欄にチェックをお願いします。 □送信を許可しない

①今日はどうなさいましたか？（いつ頃から、どのような症状ですか？）

記入不要

②今までに病気、手術、入院などの経験があればご記入ください。

③近親者（血のつながった方）で下記の病気にかかれた方はいらっしゃいますか？

がん・高血圧・糖尿病・脳疾患・心疾患・喘息・他 ( )

⑤薬や食品でアレルギーがありますか？（ある / ない）

ある方は具体的にお書き下さい ( )

⑥あなたの嗜好についてお聞き致します

アルコール：飲まない / 飲む（1日 本）

たばこ：吸わない / 吸う（1日 本） / 以前吸っていた（ 年前まで 本/日）

⑦女性の方へ（妊娠中・授乳中の方には検査・薬に配慮が必要です。）

現在妊娠を・・・している / していない / わからない

現在授乳を・・・している / していない

★どちらで当院をお知りになりましたか？ ○をつけてください。

家族の紹介 ( ) 知人の紹介 ( ) 他院の紹介 ( )

新聞・チラシ ( ) 自宅に近い ( ) 道路沿いの看板 ( )

電柱の看板 ( ) ホームページ ( ) セミナーに参加して ( ) 他 ( )