

問診票

カルテ No. _____

フリガナ 氏名	(男・女)
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生 (才)
住所	
電話番号	()
携帯電話	()
メールアドレス	@
職種	事務職・営業職・技術職・医療職・介護職・教職・販売職・現業職・その他()

1. 以下の指摘をうけた、または治療中の病気はありますか？

いいえ

はい ⇨

- 心臓病 (歳) 高血圧 (歳) 喘息 (歳)
 気管支拡張症 (歳) 糖尿病 (歳) 緑内障 (歳)
 肝臓の病気 (歳) 腎臓の病気 (歳) 前立腺肥大 (歳)
 その他 ((歳))

2. 今までに入院や手術をしたことはありますか？

いいえ

はい ⇨

- 歳 部位・症状・手術名など
 歳 部位・症状・手術名など
 歳 部位・症状・手術名など

4. お飲みの薬はありますか？（お薬手帳をお持ちの場合はご提示頂ければご記入は結構です）

いいえ

はい ⇨

*血が固まりにくくなる薬（ワーファリン・パナルジン・バイアスピリンなど）を内服中の方は必ずお書きください

5. 薬（注射も含む）や食べ物でアレルギー反応が起きたことがありますか？

いいえ

はい ⇨

- 1) 薬剤名・食べ物
 2) どうなりましたか

6. ご両親、ご兄弟に下記の病気の方はいらっしゃいますか？

いいえ

はい ⇨

- 高血圧 喘息 糖尿病 神経筋肉疾患 アレルギー (何の)

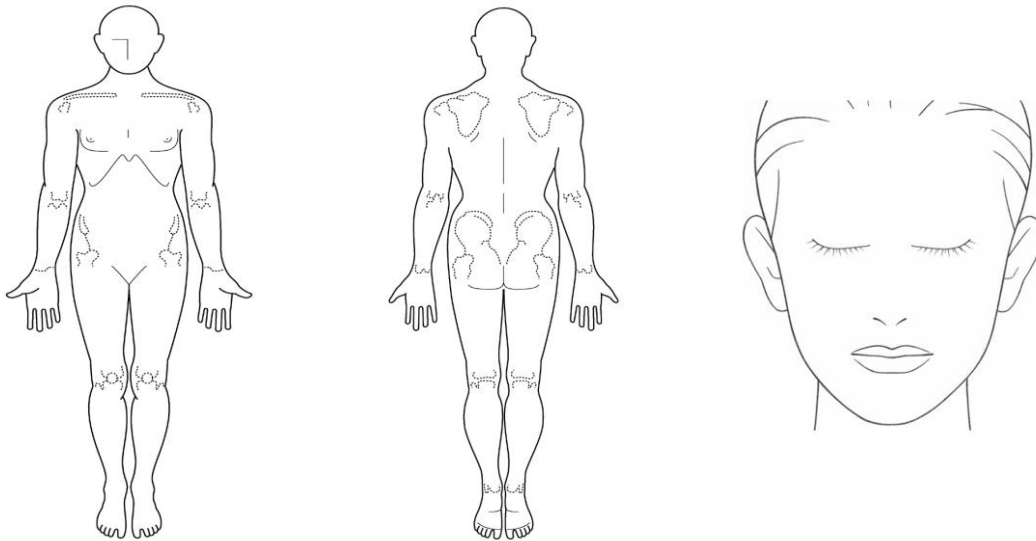
7. <女性の方へ> 該当のある場合はチェックをお願いします

- 妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中

うら面のページに続きます

～ 症状についてご記入をお願いします ～

8. どの部位に症状がありますか？ 下の図に○をつけてください
※鼻の症状の方はご記入いただく必要はありません(9.以降をご記入ください)



9. どのような症状で、いつ起きたのか、また起きてからの経過をお書きください。
いつごろから：

症状：

10. 上記の症状で現在あるいは過去に治療を受けていますか？

いいえ

はい 治療方法 _____

- ☆ 最後に・・・当院をどのようにお知りになりましたか？

ご家族からの紹介 ご友人からの紹介 他院からの紹介 スタッフからの紹介

※ お差支えなければお名前をお書きください (_____ 様)

看板 はまぞうブログ ホームページ facebook その他インターネット

浜松百撰 市役所待合のCM テレビ・ラジオ 遠鉄百貨店

四ツ池フォーシーズンコンサート その他 (_____)