

# 問 診 票

記入日： 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
氏 名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 ( ) 歳	

※ 1年以内に来院された患者様で住所・電話番号に変更のない方は下記の質問へお進みください

住 所	〒		
電話番号	自 宅		携帯電話

次の内容について該当するところへチェックと内容を記入してください

今日はどうなさいましたか ・どこが ・どのように	体温	℃
いつからですか		
現在 飲んでいる お薬はありますか	〈お薬手帳をお持ちの方はお出してください〉 <input type="checkbox"/> ない { 薬の名前 <input type="checkbox"/> ある {	
現在・過去にかかった事 のある病気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある { <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> その他【 】	
お薬や注射などの アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある { お薬や注射などのお名前 【 】 どんな症状がでましたか 【 】	
●型肝炎・梅毒 などの 感染症といわれたことは ありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 病名【 】 いつ頃【 】	
女性のみご記入ください	現在 妊娠中ですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい:現在 週
	現在 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

書き終わりましたら受付にお渡しください