

問診表

スキャン：済・未 頭書き：済・未

フリガナ		性別	男・女	年齢	歳
氏名	様	生年月日	大正・昭和・平成	年	月 日
住所	〒				
TEL				体温	℃

今日はどのような症状で来院されましたか？

いつから：()
どのような症状：()

現在、治療中の病気がありますか？

ない・ある：高血圧・糖尿病・喘息・心臓病・脳梗塞・脳出血・緑内障・前立腺肥大・
精神疾患・リウマチ・甲状腺・腎臓病・肝臓病・肺
その他 ()

現在、内服しているお薬がありますか？ お薬手帳があれば受付に提示をお願いします。

ない・ある：()

現在、使用している注射がありますか？

ない・ある：()

薬や食べ物でアレルギーがありますか？

ない・ある：薬 ()
食べ物 ()

既往歴 () ・ 職歴 ()

今まで入院治療を行ったことがありますか？

ない・ある 病名 ()
いつ：() どこで：()

今まで手術を行ったことがありますか？

ない・ある 病名 ()
いつ：() どこで：()

たばこは吸いますか？

吸わない・過去に吸っていた・吸う 1日 _____本 _____年間

お酒は飲みますか？

飲まない・飲む：(時々・毎日)

1日に飲まれるお酒の量・種類 (_____ ml × 本・ _____ 合)

コンタクトの装着 無 ・ 有

現在、妊娠をされていますか？ いいえ ・ はい

授乳中ですか？ いいえ ・ はい お子様は何ヶ月ですか？ (_____ ヶ月)

感染症はありますか？ いいえ ・ はい ミルク移行 可・不可

当院を受診したきっかけは何でしょうか？

知人・ご家族からのご紹介 (_____ さん) ・ 建物や看板を見て ・ 他院からのご紹介
・ インターネット広告を見て ・ ホームページを見て ・ その他 (_____)