

問診票

体温

ふりがな		性別
氏名		男・女
生年月日	明・大・昭・平成	年 月 日生 才
住所	〒	
電話番号	携帯電話 () 電話 ()	
勤務先名称		
電話番号	電話 ()	

- 1) どのような症状で受診されましたか？それはいつ頃からですか？
()
- 2) いま治療中の病気（高血圧、眼科、前立腺などなんでも）がありますか？
(ある ・ ない)
- 3) いま何か薬を飲んでいますか？
(飲んでいる ・ 飲んでいない)
- 4) 今までにかかったことがある病気をお書きください。
()
- 5) 薬や注射で具合が悪くなったことはありますか？
(ある・ない) あった場合お薬の名前を教えてください ()
- 6) アルコール、タバコについて
 アルコール 飲む ・ 飲まない (ビール・ウイスキー・焼酎 : 1日量)
 タバコ 吸う ・ 吸わない (才より1日 本)
- 7) 女性の方へ
 現在、妊娠の可能性ありますか？
 (ある ・ ない ・ わからない)
- 8) 今気になっていることや、不安なことがあればお書きください。
()
- 9) お知り合いの方からご紹介がありましたらお書きください。
(より紹介)