

問診票

(紹介状：有・無)

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

フリガナ:	住所: 〒 _____ - _____
氏名:	
生年月日: 大正・昭和・平成 (西暦: _____ 年) _____ 月 _____ 日 ( _____ 歳)	電話番号: _____ - _____ 携帯番号: _____ - _____

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg (安定・減少傾向・増加傾向) 血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 体温 \_\_\_\_\_ °C

1. 病状についてお伺いします。

●いつ頃から

●どのような症状ですか?

2. 今までに大きな病気や手術をした事がありますか? (○をつけて下さい)

ない・ある ⇒

高血圧・心臓病・糖尿病・腎臓病・肝臓病・胃腸病・肺の病気・脳卒中・リウマチ  
膠原病・アレルギー・血液の病気・けが ( )  
その他 ( )

<今までに手術を受けたことがある場合はお書きください>

どこの部分の手術ですか? \_\_\_\_\_ ( ) 歳

\_\_\_\_\_ ( ) 歳

3. 現在、他院で治療中の病気や服用中のお薬はありますか? (お薬手帳：なし・あり)

ない・ある ⇒

4. お薬や食べ物にアレルギーはありますか?

ない・ある ⇒

5. ご家族の方で、右記の病気の方はおりますか?  
わかる範囲で御記入ください。

糖尿病・高血圧・心臓病・喘息・脳障害  
がん疾患・腎臓病・肝機能障害など

いない・いる ⇒

6. お酒を飲みますか? 飲まない・飲む ⇒ 日本酒・ビール・ウイスキー・ワイン

1日 \_\_\_\_\_ 本ぐらい飲む

7. タバコを吸いますか? 吸わない・吸う ⇒ 1日 \_\_\_\_\_ 本ぐらいを \_\_\_\_\_ 年間

8. 最近、外国から帰国しましたか? いいえ・はい (国名: \_\_\_\_\_ / 帰国日: \_\_\_\_\_)

9. 女性の方へ 現在妊娠中ですか? いいえ・妊娠中・わからない

最後に、アンケートの御記入をお願いします。

■ 当院を何で知りましたか (該当するもの、すべてに○をしてください)

- 1. 以前院長にみてもらったことがある ( \_\_\_\_\_ 病院)
- 2. ホームページ
- 3. 知人・家族の紹介

御記入ありがとうございました。

4. 地域情報誌
6. 家が近所・通り道
8. 広告（チラシ）
10. 通りがかり
12. その他（
5. iタウンページ・電話帳
7. 看板（ロードサイン・電柱看板・その他）
9. 健康診断の結果
11. 他の病院・医院の紹介（