

問診票

ふりがな	住所	
氏名 男・女	〒	
生年月日 M・T・S・H 年 月 日(歳)	電話番号	
身長 cm	体重 kg	携帯電話 ()

- いつから、どんな具合ですか？ また、症状に○をつけてください。
いつからですか？()
熱(度)、咳、のどの痛み、鼻水、頭痛、だるい、食欲がない、吐き気、むくみ、腹痛
下痢、便秘、胸痛、息切れ、動悸、その他()
- 今までに、大きな病気にかかったことがありますか？
また、手術を受けたことがありますか？その年齢も記入してください。
- 親族の方で、大きな病気にかかった人はいらっしゃいますか？
いらっしゃいましたら、○をつけて横にどなたか記入してください。
高血圧() 脳卒中() 癌 ()
結核 () 糖尿病() その他()
- 現在、他の病院にかかっていますか？ 何か薬を飲んでいますか？
- 今までに、薬や食べ物でアレルギーをおこしたことがありますか？
- 酒類を飲みますか？ はい(1日 合)・いいえ
煙草を吸いますか？ はい(1日 本)・いいえ
- その他、何か心配な事や、聞きたいことなどありましたらご記入ください。
- 当院をお知りになった理由をお教えてください。
 - 紹介 (他医療機関・知人・家族・その他)
 - 当院の広告 (電柱・駅看板・その他)
 - インターネット (当院ホームページ・他のサイト【)
 - その他 ()

ご記入いただきました個人情報、診療行為以外の目的には使用いたしませんのでご安心ください。
ご協力ありがとうございました。 医療法人社団 博雅会 大江医院