

問診票(診察)

記入日 年 月 日

ID :

フリガナ		男・女	生年月日	年齢
氏名			大・昭・平・令 年 月 日	才
住所	(〒 —)	*ご連絡可能な電話番号		
		自宅:	—	—
		携帯:	—	—
		その他:	—	—

* 緊急のご連絡をさせていただく場合がございますので、必ず連絡の取れる番号を教えてください。

1) 本日はどうされましたか? (紹介状・CDデータをお持ちの場合、受付にお出してください)

2) いつからですか?

3) 症状の経過はどうですか?

悪化している 変わらない 改善傾向

4) 今までに大きな病気あるいはケガをされたことはありますか?

ない ある→ (手術 ない ある→ ())

5) 毎日飲んでいる薬はありますか?

ない ある→ (お薬手帳参照)

6) たばこを吸いますか?

吸わない 吸う→ 1日 本 年間

7) お酒を飲みますか?

飲まない 飲む→ 毎日・週 回 (日本酒 合 缶ビール 本 焼酎 杯)

8) 下記で該当するものがありますか?

ペースメーカー 人工弁 脳動脈瘤クリップ カラーコンタクト 補聴器
人工内耳 インプラント 磁石を使った義歯 歯科矯正 妊娠中
入れ墨(眉毛・アイライン等も含む) その他の体内金属 避妊リング 膀胱瘻や膀胱留置カテーテル
上記に当てはまるものはない

9) 当院をどうやってお知りになりましたか? (複数回答可)

ホームページを見て 家族・知人の紹介 以前から知っていた その他 ()

** 診察予約の有無、検査予約の有無、症状によって順番が前後する場合がありますので予めご了承ください**

** ご記入が終わりましたら、受付までお持ち下さい**