

# 問 診 票

フリガナ				職業	
氏 名					
生年月日	年 月 日	年齢	歳	性別	男 女
住所 〒					
携帯電話	— —	自宅電話	( )	—	

来院時体温 ( ) °C	身長 ( ) cm	体重 ( ) kg
--------------	-----------	-----------

☆ 今日は、どのような症状で来院されましたか？ ( )  
いつからですか？ ( )

☆ 今までに大きな病気や怪我をしたり、手術を受けた事がありますか？ ある ・ いいえ  
あると答えた方：病名・手術名などお書き下さい。 ( )

☆ 現在、治療中の病気はありますか？ ある ・ ない  
あると答えた方：病名・治療内容をお書き下さい。 ( )

☆ 他の医院や病院にかかっていますか？ いる ・ いない  
いると答えた方：医院名・病院名をお書き下さい。 ( )

☆ アレルギーは、ありますか？ ある ・ ない  
あると答えた方：アトピー性皮膚炎・喘息・花粉症・薬物・食物・その他 ( )

☆ 現在、飲んでいる薬・健康食品は、ありますか？ ある ・ ない  
あると答えた方：お薬手帳が有れば、ご提出下さい。 ( )

☆ お酒を飲みますか？ はい ・ いいえ  
はいと答えた方：種類： ( ) ・ ( ) 回/週 ・ 量 ( )

☆ タバコを吸いますか？ はい ( ) 本/日  
※ 禁煙に興味ありますか？ ある ・ ない  
いいえ ( 禁煙された方： 年前に止めた)

☆ 女性の方：現在、妊娠されていますか？ はい (週数 ) ・ いいえ ・ わからない  
現在、授乳中ですか？ はい ・ いいえ

☆ その他、気になる事や心配な事があれば、お書き下さい。  
( )

☆ 当院を知ったきっかけを教えてください。(該当する□にレ点。複数回答可)

- |   |                                  |                                    |
|---|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 検索サイト (Google・Caloo・その他： ) | <input type="checkbox"/> 地下鉄構内看板 | <input type="checkbox"/> 地下鉄構内周辺地図 |
| (検索した単語は？例：本山、内科など )                                | <input type="checkbox"/> 電柱      | <input type="checkbox"/> 当院の前を通るから |
| <input type="checkbox"/> ホームページ                     |                                  |                                    |
| <input type="checkbox"/> 千種区地図                      |                                  |                                    |
| <input type="checkbox"/> ご紹介 (御家族 / 御友人： )          |                                  |                                    |