

問診票

平成 年 月 日

ふりがな		性別：	男 ・ 女
お名前		生年月日：	年 月 日 (歳)
		ご職業：	
ご住所 〒 -			
電話番号：	()	携帯電話：	()
緊急連絡先：		<input type="checkbox"/> ご家族	<input type="checkbox"/> 仕事先
		<input type="checkbox"/> その他：	()
□はじめての来院 (家族が来院中 / 近所 / ホームページ / ご紹介：) □久しぶり			

どうされましたか？	1 気になるところがある	2 健診希望	3 メインテナンス希望
※1の方は以下も記入願います			
気になる場所はどこですか？			

症状を記入してください			

いつからですか？	今現在の痛み <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 場合によってあり <input type="checkbox"/> 無		

該当する項目に○をしてください

①現在の健康状態をお聞かせください 1 良好 2 普通 3 不良
②今までに手術の経験はありますか 1 はい (年前 歳の頃) 2 いいえ
③全身疾患について当てはまるものをお答えください 1 糖尿病 2 骨粗鬆症 3 心臓病 4 高血圧 5 低血圧 6 貧血 7 血液疾患 8 脳梗塞 9 脳神経疾患 10 肝臓疾患 11 胃腸疾患 12 肝炎 (A・B・C) 13 ぜんそく 14 リウマチ 15 ホルモン異常 16 HIV 17 てんかん 18 がん () 19 その他 ()
④現在、服用しているお薬はありますか？ 1 はい (薬品名：) 2 いいえ ※お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示願います
⑤お薬のアレルギーはありますか？ 1 はい (ヨード・クロルヘキシジン・その他《薬品名： 》) 2 いいえ
⑥お薬以外のアレルギーはありますか？ 1 はい (ラテックス・牛乳・その他《具体的に 》) 2 いいえ
⑦人工臓器 (ペースメーカー・人工関節・人工弁等) を使用されていますか？ 1 はい 2 いいえ
⑧女性の方にお伺いします。現在は 1 妊娠中 (ヶ月) 2 妊娠の可能性あり 3 授乳中
⑨その他不安なこと、ご要望などがあればご記入ください