

問診表

記入日 令和 年 月 日

ふりがな
名前

性別 男・女

生年月日 明・昭・平・令 年 月 日 年齢 才

住所 〒

電話番号

携帯電話

身長 cm 体重 kg (緊急連絡先 自宅・携帯)

① 本日の受診理由について書いてください
いつから、どのような症状がありますか？
()

② 現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？
高血圧 糖尿病 脂質代謝異常 心疾患 不整脈 癌又は癌術後 ()
喘息 脳出血/脳梗塞 頸椎症 腰痛症 十二指腸潰瘍 胃炎 その他 ()

③アレルギーはありますか？
あり (花粉症・薬剤・食べ物・その他) / なし

④ 現在、薬は服用していますか？ (はい・いいえ)

薬剤名

かかりつけ医はありますか？ ()

⑤ お酒は (飲む・飲まない) (ビール ml 日本酒 合 その他 (種類: 量:)

⑥ タバコは (吸う・吸わない) 1日 本

⑦ 体内に金属がありますか？ ※歯の詰め物 (金歯、銀歯など) は除きます
なし

あり (ペースメーカー ・ ボルト ・ クリップ ・ スtent ・ 人工内耳・その他)

⑧ 女性の方のみ記入してください。

(1) 現在妊娠していますか？ (はい・いいえ・わからない)

(2) 授乳はされていますか？ (はい・いいえ)

⑨ どのようにして当院をお知りになりましたか？

チラシ・駅看板・ご紹介 (紹介者:)・当院ホームページ ・ その他インターネット・電話帳
・その他