

# 問 診 票

カガナ

お名前 \_\_\_\_\_

ご職業 \_\_\_\_\_

生年月日 明大昭平令 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 体重 \_\_\_\_\_ Kg  
〒

ご住所 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

1 受診理由を具体的に御記入下さい。

いつから

どこが

どのように

2 今までにかかったことのある病気、現在治療中の病気はありますか？

なし            あり

糖尿病・高血圧・心臓病・脳卒中・肝臓病・腎臓病・膠原病・胃腸疾患  
結核・喘息・花粉症・アレルギー性鼻炎・悪性腫瘍・緑内障・前立腺肥大  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

3 現在内服中の薬がありますか？ あるの方は、薬剤名を全てご記入下さい。

ない ・ あり ( \_\_\_\_\_ )

4 薬やその他でアレルギーはありますか？

はい    いいえ

はいの場合：その品名は \_\_\_\_\_

5 手術や歯科で麻酔を使った経験がありますか？ 『ある』の方、気分が悪くなったことがありますか？

使った経験    ない ・ あり

気分が悪くなったこと    ない ・ あり

6 過去に大きな病気や手術をしたことがありますか？

はい    いいえ

はいの場合：いつ（西暦） \_\_\_\_\_

病名 \_\_\_\_\_

7 （女性の方へ）現在妊娠していますか？

はい    いいえ

いいえの場合：最終生理は \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 閉経は \_\_\_\_\_ 歳

8 当院をどのように知りましたか？

チラシ・電柱広告・インターネット・タウンページ・知人紹介・その他 ( \_\_\_\_\_ )



茅ヶ崎泌尿器科・皮膚科