

問診票

性別 男性・女性 初診日 令和 年 月 日

ふりがな

明治・大正・昭和・平成・令和

お名前 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳

〒

ご住所 _____

電話番号 _____

携帯番号 _____

身長 _____ c m 体重 _____ k g

本日はどうなさいなしたか？ 体温 _____ °C

いつから _____

どの部位に _____

どのような症状がありますか？ _____

現在治療中の病気はありますか？（ある・ない） _____

現在服用中の薬はありますか？ありましたら薬をお見せ下さるか、薬剤名をお書き下さい。

過去に病気をなされたことはありますか？（ある・ない）

手術 _____

入院 _____

輸血を受けたことはありますか？ ある・ない ある方はいつになりますか？ _____

血縁のあるご家族（祖父母・両親・兄弟など）で次の様な病気をお持ちの方はいらっしゃいますか？

高血圧 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病 ・ 突然死 ・ 心臓病 ・ 癌

喫煙の有無 しない・する（ _____ 本/日） 過去にしていた（ _____ 歳頃まで _____ 本/日）

飲酒の有無 飲まない・飲む（週 _____ 日 何を _____ どの位の量 _____）

アレルギー体質の有無 ない・ある（喘息 花粉症 アトピー その他 _____）

薬剤アレルギーの既往 ない・ある（薬剤名 _____ 症状 _____）

次の様な方は、必ず受け付けにお知らせ下さい。

①妊娠している方(妊娠 週) ②妊娠の可能性のある方(最終生理) ③授乳中の方(歳 ケ月)

※下記のアンケートにご協力下さい。当院は何でお知りになりましたか？○をつけて下さい。（複数可）

（ホームページ ・ 知人の紹介 ・ 電話帳 ・ 看板 ・ 偶然通りかかった ・ その他）

* 検査や治療について何かご希望がございましたら、ご遠慮なくお申し付け下さい。

城西医院 院長 沼澤和典・スタッフ一同