

問診票

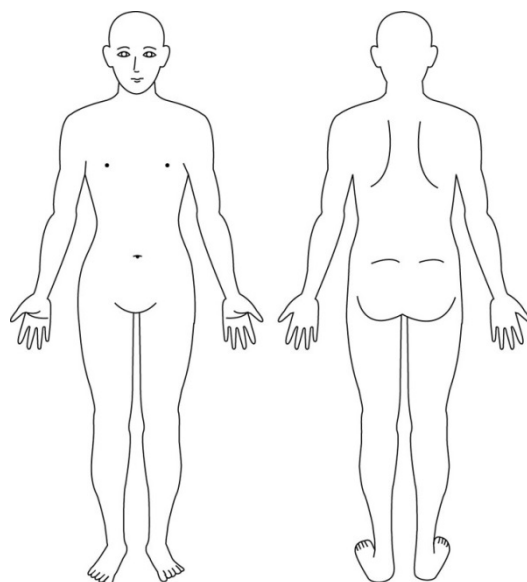
<u>お名前 (フリガナ)</u> (男 ・ 女) 様	<u>生年月日</u> 大正・ 昭和・平成・令和 _____年 月 _____日生まれ
<u>ご住所 〒 _____</u>	<u>ご自宅番号</u> <u>携帯番号</u>

1 いつから、どのような症状でお困りですか？ 具合の悪い部分に○印をつけてください

2 今日の症状で他院を受診されましたか？
(受診した ・ 受診していない)

3 手術等で体の中にペースメーカーや金属などを挿入していますか。(はい ・ いいえ)

4 今までかかった病気や手術はありますか？
(糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 喘息 ・ 緑内障)
他の病気や手術＝



5 お酒を飲みますか？ (いいえ ・ 飲む)

6 煙草を喫いますか？ (いいえ ・ 1日 _____本程度喫う)

7 お薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？ (ある ・ ない)
具体的に

8 現在、服用しているお薬はありますか？ (ある ・ ない)
具体的に

さしつかえなければ処方された病医院を教えてください。()

9 女性の方にお聞きします。現在、妊娠あるいは授乳中ですか？
(いいえ ・ 妊娠中 ・ 授乳中)