

問 診 票

ID _____

平成 年 月 日

フリガナ			男	生	明	治	
氏 名	様	女	年	大	正	年	年 月 日
現 住 所	〒 -						
電 話	()	職 業		血 液 型			
携 帯	()	身 長		cm	体 重		K g

1. いつからどのような症状がありますか？
 - ① いつから ()
 - ② 症状 (熱がある・頭痛・のどが痛い・咳が出る・胸が痛い・腹痛・下痢・便秘) ()
 - ③ その他 ()
2. 現在、他の医院・病院にかかっていますか？
 - ① かかっている (病名:)
(飲んでいる薬:)
 - ② かかっていない
3. 今までに次の病気にかかったことはありますか？

高血圧	心臓病	糖尿病	高脂血症	肝臓病	喘息	腎臓病	結核
胃十二指腸潰瘍	前立腺肥大	悪性疾患	()				
その他 ()							
4. ご家族で下記の病気にかかれた方はいらっしゃいますか？

高血圧	糖尿病	脳梗塞	心臓病	喘息	膠原病	結核	腎臓病
肝臓病	悪性疾患	泌尿器科疾患	()				
5. 今までに薬や注射でアレルギーや副作用が出たことはありますか？
 - ① ある かぜ薬 ピリン剤 鎮痛剤 抗生物質 食物
その他 ()
 - ② ない
6. あなたの嗜好についてお聞き致します

アルコールは飲まれますか？
 飲む(1日何を 本) ・ 飲まない ・ 以前は飲んでいた (年前)

たばこは吸われますか？
 吸う(1日 本) ・ 吸わない ・ 以前は吸っていた (年前)
7. 女性の方へ
 - ① 現在妊娠されていますか？またその可能性がありますか？
はい いいえ わからない
 - ② 現在授乳中ですか？
はい いいえ
8. その他希望事項がありましたらお書きください。

胃カメラ	大腸カメラ	超音波(エコー)検査	血液検査	レントゲン
心電図	その他	()		

***** アンケート 初めて来院された方のみお答え下さい *****

- 当院を受診されたきっかけについて
- | | | |
|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 通りがかりに見つけた | <input type="checkbox"/> 家族や知人から紹介された | <input type="checkbox"/> チラシや広告でみた |
| <input type="checkbox"/> ホームページでみた | <input type="checkbox"/> 他の医療機関などから紹介された | <input type="checkbox"/> その他 () |

- ご来院方法
- | | | | | | | |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 徒歩 | <input type="checkbox"/> 自転車 | <input type="checkbox"/> バイク | <input type="checkbox"/> 自動車 | <input type="checkbox"/> 電車 | <input type="checkbox"/> バス | <input type="checkbox"/> タクシー |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|

ご記入いただきましたら受付に声をかけてお渡してください。ご協力ありがとうございました。
 個人情報については当院の個人情報保護方針に従い適切に取り扱います。