

20 年 月 日

問 診 票

以下の質問にお答えください。

No. _____

ID: _____

ふりがな
お名前 _____
(千 ー)

大正・昭和・平成 年 月 日生まれ
(男 ・ 女) 歳

住 所 _____

TEL: (_____) _____ - _____

1 いつ頃からどのような症状があったか、できるだけ詳しくお書きください。
体温: _____ . _____ C

2 今までに大きな病気をしたことがありますか？ (ある ・ ない) ある方は以下も記入してください。

病気: _____ (_____ 歳ごろ) 病気: _____ (_____ 歳ごろ)

病気: _____ (_____ 歳ごろ) 病気: _____ (_____ 歳ごろ)

3 ご家族の方で喘息やアトピー性皮膚炎の方は、いらっしゃいますか？ (ある ・ ない)

4 ご家族の方で大きな病気にかかったことのある方は、いらっしゃいますか？
(例: 父 肺気腫)

間柄: _____ 病名: _____ 間柄: _____ 病名: _____

間柄: _____ 病名: _____ 間柄: _____ 病名: _____

5 タバコは吸いますか？(吸ったことはない・禁煙した・今も吸う)

吸ったことのある方は量も教えてください。 _____ 歳 ~ _____ 歳まで 1日 _____ 本

4 薬・注射で副作用 (じんましん、肝障害など) が出たことがありますか？ (ある ・ ない)

5 現在、他の病院に通っていますか？ (はい ・ いいえ)

6 お薬手帳を持参されていますか？ (はい ・ いいえ)

7 (女性の方のみ) 妊娠している可能性がありますか？ (はい ・ いいえ)

~~~~~

アンケート: 当院を何でお知りになりましたか？

- ・他の医院の紹介      ・家族の紹介      ・知人の紹介      ・看板を見て
- ・ネット検索(スマホ)      ・その他 ( )