

ID _____

問 診 票

受診日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

フリガナ		生年 月 日	年 ____ 月 ____ 日
お名前		ご年齢 歳 ____ 月 ____ 日	性別
ご住所	〒 _____	電話番号	
		携帯	

体温 _____ . _____ °C

当院を受診されるのは初めてですか ☐ 初めて ☐ 2回目以降

いつ頃から _____ 月 ____ 日頃から

どのような症状がありますか _____
_____今回のご病気で他院を受診されましたか ☐ いいえ ☐ はい (_____ 病院)
お薬は飲まれましたか ☐ いいえ ☐ はい (薬名 _____)現在どちらかの病院に通院中ですか ☐ いいえ ☐ はい (_____ 病院)
「はい」の方に、病名もしくは病状は何ですか _____
もらっているお薬は何ですか _____今までに通院や入院をされたことはありますか _____ 年 (_____ 歳) 病名 _____
_____ 年 (_____ 歳) 病名 _____血縁関係の方にご病気の方はいらっしゃいますか 続柄 _____ 病名 _____
続柄 _____ 病名 _____アレルギーはありますか ☐ いいえ ☐ はい (薬品 _____ 食べ物 _____)
「はい」の方に、どのような症状がでましたか _____タバコは吸いますか ☐ いいえ ☐ はい (1日約 _____ 本)
お酒は飲みますか ☐ いいえ ☐ はい (_____ を1日 _____ 程度)体内にペースメーカー等の金属・機器・人工物がありますか ☐ いいえ ☐ はい気管支喘息と診断されたことはありますか ☐ いいえ ☐ はいヨード造影剤を使用した際に帰宅後も含め何か異常はありましたか ☐ いいえ ☐ はい女性の方へ現在妊娠されていますか ☐ いいえ (最終月経 ____ 月 ____ 日) ☐ はい (現在第 ____ 週)

ご協力ありがとうございました