

問診票

氏名

ふりがな

男・女 生年月日 年 月 日 電話番号

郵便番号 - 住所

◆今日はどのような症状でいらっしゃいましたか？

当てはまる症状に全てチェックして下さい。

- 発熱 頭痛 鼻水 喉の痛み 咳 痰
関節の痛み 腹痛 吐き気 嘔吐 下痢
便秘 食欲不振 腰痛 息苦しさ めまい
ふらつき 体がだるい 胸の痛み 動悸
下肢静脈瘤 健診再検査 その他 ()

◆お酒は飲みますか？

いいえ・はい

◆タバコは吸いますか？

いいえ・はい (1日 本)・禁煙した (年前から)

◆今までに入院したことはありますか？

いいえ・はい (病名)

◆現在治療中の病気はありますか？

いいえ・はい (病名)

◆服用している薬はありますか？

 いいえ・はい→お薬手帳持参していない場合薬剤名を記入してください
 ()

◆アレルギーはありますか？

いいえ・はい (薬 : 食品 :)

 ◆女性の方 現在妊娠中/妊娠の可能性はありますか？ いいえ・はい
 授乳中ですか？ いいえ・はい

《 以下のアンケートにもご協力お願いします 》

● 当院をどちらで知りましたか？ (複数回答可)

- 看板 折込みチラシ 知人の紹介 他院からの紹介
病院ナビ Eパーク ドクターズファイル MEDLEY
グーグル Medical Doc(おすすすめしたい6医院) その他 ()