

# 問診票

ID:

(初めてのの方はご記入ください)

202 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	年齢 歳
お名前						
住所	〒					
電話番号	自宅 ( )	携帯	( )			
体温	℃	※スタッフ記入欄	血圧	/	脈拍	
院内でお名前をお呼びしてよろしいですか？						<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
体重(小学生以下のお子さまのみご記入ください)		kg	※最近の体重が不明なときはスタッフにお声がけください。			
喫煙	<input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 吸わない	飲酒	<input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> 飲まない			
*診察の参考に致しますので、分かる範囲で記入、または○印で囲んでください。						
1.今日は、どういう症状で来院されましたか？						
2.いつ頃から症状がありますか？						
3.下記の病気にかかったことはありますか？ <input type="checkbox"/> 特になし						
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高脂血症	<input type="checkbox"/> 痛風			
<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 肝臓病			
<input type="checkbox"/> 脳卒中	<input type="checkbox"/> 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> 緑内障				
<input type="checkbox"/> その他( )						
4.手術歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし *虫垂炎、帝王切開、日帰り手術なども含みます						
ありの方		年	月頃 ( )			
		年	月頃 ( )			
5.現在、他院で処方されたお薬又は市販薬を飲んでいますか？ <input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ *お薬手帳をお持ちの方は、ご提示ください。 内服している薬品名( ) 手帳なし・忘れ						
6.お薬で副作用がでたことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ あればその薬品名( )						
7.女性の方 現在、妊娠の可能性ありますか？ <input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ 現在、授乳されていますか？ <input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ						
8.当院を受診されたきっかけは？ 1.家族の紹介 2.知人の紹介 3.ホームページ 4.看板をみて 5.自宅に近い 6.職場に近い 7.その他( )						

ご協力ありがとうございました。

保険証返却

入力者 ( ) 確認者 ( )

ラシバヤクリニック