

問診票

記入日 年 月 日

お名前	ふりがな	年齢	生年月日
		才	T・S・H 年 月 日
連絡先	〒	TEL	
職業	E-mail :		

以下の項目について、○で囲むもしくはご記入下さい。

■本日はどうなさいましたか。具体的に

(体温 °C)

■いつからですか？ 約 頃から

■上記の症状で他の病院を受診されましたか？ いいえ ・ はい (病院・医院・クリニック)

■下記の疾患があれば点チェックをお願いします。

糖尿病 緑内障 気管支喘息 前立腺肥大症 腎不全

■今まで大きな病気・外傷あるいは現在治療中の病気がありますか？

・なし
・あり → どんな病気・けがでしたか？ ()
いつ頃 (約 ヶ月前/約 年前)
現在治療中: (医療機関)

■現在飲まれているお薬はありますか？(薬手帳の提示でも構いません)

・なし ・あり →どんなお薬ですか？ ()

■今までアレルギー・特異体質といわれたことがありますか？

・なし ・あり (薬: 食品: その他)

■たばこ: 吸わない ・ 過去に吸っていた ・ 現在も吸っている: 本/日 (~ 歳)

■妊婦の可能性: あり ・ なし ・ 妊娠中()カ月 ■授乳中: はい ・ いいえ

■当院を何でお知りになりましたか？

家族・知人の () 様からきて 病院からの紹介 家 職場から近い
 E P A R K ホームページ インターネット 以前にきたことがある
 その他()