

# 問 診 票

ふりがな

お名前 男 ・ 女 生年月日 年 月 日生( ) 歳

ご住所 〒

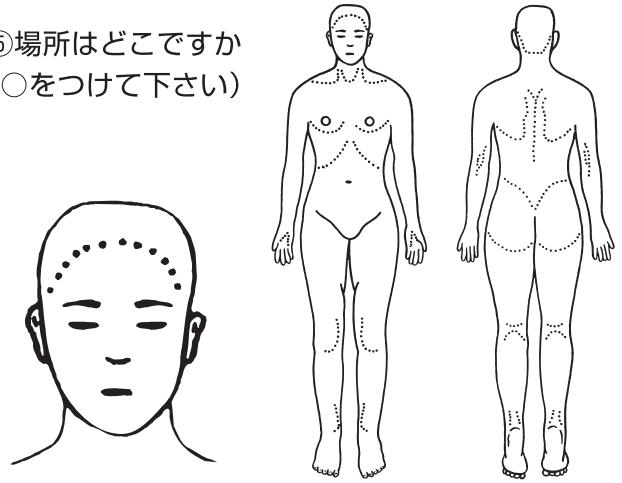
お電話 ( )  
携 帯 ( )

ご職業

**1. 本日の症状について**

- ①どのような症状ですか
- ②いつ頃からそうになりましたか  
( )
- ③以前にも同じようなことがありましたか  
( ) 有る ( ) ない
- ④今までどうしていましたか  
( ) 何もしていない  
( ) 売薬をつけていた  
( ) 他院にかかっていた

⑤場所はどこですか  
(○をつけて下さい)



**2. 今までにかかったことのある病気、現在治療中の病気はありますか**

- ( ) ない
- ( ) 糖尿病 ( ) 心臓病 ( ) 腎臓病 ( ) 肝臓病 ( ) 高血圧
- ( ) 胃十二指腸潰瘍 ( ) 緑内障 ( ) 前立腺肥大
- その他( )

**3. 現在飲んでいる薬はありますか**

※お薬手帳、説明書をお持ちの方はお見せ下さい

- ( ) ない
- ( ) 有る → 薬の名前( )

**4. 今までに薬や注射で具合が悪くなったことや、かぶれたことはありますか**

- ( ) ない
- ( ) 有る → 薬の名前( )

**5. 女性の方のみお答えください**

現在妊娠の可能性はありますか

- ( ) ない ( ) 有る
- もしくは ( ) 妊娠中\_\_ヶ月 ( ) 授乳中

**6. 一緒に住んでいる方は何人ですか (あなた以外で ) 人**

**7. 特にお聞きになりたいことがあれば記入してください**

**☑当院受診のきっかけを教えてください (いくつでも)**

- ホームページ  駅看板  道路沿いの看板  電柱広告  webの口コミ
- ( 家族  知人  他院 ) から紹介されて  通りがかり  その他 ( )