

一般問診票

記入日： 年 月 日

ふりがな お名前	生年月日	年	月	日
電話番号	携帯番号			
〒	—			
住所				

1 いつ頃からどんな症状でお困りですか？なるべく詳しくご記入ください。
2 現在治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 胆石 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 心臓病(心筋梗塞など) <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 肺炎
3 現在飲んでいる薬はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (お薬手帳をご提示ください)
4 今まで大きな病気や手術を受けたことはありますか？
5 今まで薬でアレルギー症状を起こしたことはありますか？
6 飲酒について <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する (回/週) 1日飲酒量
7 タバコ <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (1日 本) <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが()年前にやめた
8 女性の方にお伺いします。 現在、妊娠または授乳をしていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明
9 どちらで当院をお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> 家族の紹介 <input type="checkbox"/> 知人友人から聞いて <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 他院から紹介 <input type="checkbox"/> 当院の看板を見て <input type="checkbox"/> その他

ご協力ありがとうございました