

## ～・～・～・～・～・～・～ 問 診 表 ～・～・～・～・～・～・～

フリガナ		氏名		年齢	歳	<input type="checkbox"/>	男	<input type="checkbox"/>	女
生年月日	M・T・S・H	年	月	日	身長(子供のみ)	cm	体重(子供のみ)	kg	
フリガナ		住所 (〒 - )							
電話番号		- -		携帯電話番号		- -			
①紹介 なし・あり ( ) ②ご家族(同居)で当医院に診察された方 ( )									

## 1. 本日受診される理由と症状をお書きください(✓して下さい)

- 熱    せき    鼻水    のど痛    頭痛    腹痛    胃痛  
 下痢    嘔吐    検診で異常を指摘    その他( )

その症状はいつ頃からですか 年 月 日 時頃  
 そのために、どこかで診察を受けましたか  受けた  受けない 年 月 日から  
 病院名 \_\_\_\_\_ 診断名 \_\_\_\_\_  
 診療内容 \_\_\_\_\_

2. 今までに病気をしたり、健康診断で異常を指摘されたことがありますかない・ある  
 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 病名 \_\_\_\_\_ 診療内容 \_\_\_\_\_

3. 現在飲んでいるお薬があればお書き下さい(内容一覧をお持ちの方は、添付して下さい)

4. アレルギーはありますか  ない  ある ( \_\_\_\_\_ )

5. 女性の方へ

現在、妊娠していますか  いいえ  はい ( \_\_\_\_\_ 週)

6. 現在の生活についてお伺いします

お酒 :  飲まない  飲む(毎日)  飲む(時々)

タバコ :  吸わない  吸う(1日10本前後)  吸う(1日1箱以上)

7. 当院で診察を受けたことがありますか  ない  ある

最後に診察を受けたのはいつ頃ですか( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)

8. これから受ける診察について、ご希望やご意見がありましたらお書き下さい

ご本人以外のご記入の場合にお書き下さい 記載者氏名 \_\_\_\_\_

採血    検尿    エコ-    レントゲン    胃・大腸カメラ(生検・色素)    心電図  
 UBT    注射    点滴    紹介状