

問 診 票

診察券No _____ (診察券をお持ちの方はご記入下さい)

ふりがな _____

お名前 _____

性別 男 ・ 女

生年月日 T・S・H 年 月 日

年齢 歳

住所 _____

電話番号 _____

1. どのような症状がいつ頃からありますか？

2. 現在、治療中の病気はありますか？

いいえ はい ()

3. 現在服用中のお薬はありますか？

いいえ はい ()

4. 薬・その他のアレルギーがありますか？

いいえ はい ()

5. 今までに大きな病気や手術をしたことはありますか？

いいえ はい (病名 時期)

6. お酒は飲みますか？

いいえ はい (ビール ml 本、焼酎水割り 杯、日本酒 合、他)

7. タバコは吸いますか？

いいえ はい (1日 本 歳～) 過去に喫煙 (1日 本 歳～ 歳)

8. 女性の方にお聞きします。

妊娠されてますか？ いいえ わからない はい (週目)

授乳中ですか？ いいえ はい

9. 当院を何でお知りになりましたか？

通りかかった 人から聞いた ドラッグストアでの案内を見た
ホームページを見た (検索: google yahoo 病院なび EPARK その他)
道路での看板を見た (産業道路の交差点・競馬場近く・両方)
バスのアナウンス放送を聞いた その他 ()

ご記入ありがとうございました