

問 診 票

平成 年 月 日

| | | | | | |
|---------|-----------|-------------|---|---|--------------|
| カルテ No. | | | | | |
| 名 前 | フリガナ | 紹介状 なし ・ あり | | | |
| | | 医療機関名[] | | | |
| 生年月日 | T ・ S ・ H | 年 | 月 | 日 | 性別 男 ・ 女 満 歳 |
| 住 所 | 〒 - | | | | 身長 cm |
| | | | | | 体重 kg |
| 電話番号 | | 電話番号 | | | 体温 ℃ |

- どんな症状がありますか？ ※一番気になる症状をお書きください。
 [希望診療科] 内科 ・ 外科 ・ 皮膚科 ・ 下肢静脈瘤 ・ ED治療 ・ 美容
 AGA治療 ・ 禁煙治療 ・ 巻き爪治療 ・ その他[]
 [いつから?] -----
 [どこが、どのような症状ですか?] -----
- 通院中の病気はありますか？
 いいえ ・ はい -----
- 内服中のお薬はありますか？ (はいの場合はご記入いただくかお薬手帳を受付にお渡しください)
 いいえ ・ はい -----
- 今までにどんな病気をしましたか？ (下記の疾患があれば○をつけてください。)
 喘息 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 心臓病
 手術: -----
 その他: -----
- 薬のアレルギーはありますか？ ●食べ物のアレルギーはありますか？
 いいえ ・ はい -----
- タバコは吸われますか？ 過去にタバコを吸った事がありますか？
 いいえ ・ はい [1日量]] -----
 [いつまで]]
 [1日量]]
- お酒は飲まれますか？
 いいえ ・ はい [種類]] [1日量]]
- 女性の方にお聞きます。
 現在、妊娠の可能性はありますか？ 授乳中ですか？
 いいえ ・ はい -----
 いいえ ・ はい -----
- 本日はお車でお越しですか？
 いいえ ・ はい -----
- 当クリニックに来院されたきっかけは何ですか？
 知人の紹介 ・ 他の医療機関からの紹介 ・ ホームページ ・ 通りがかり
 その他 ()

