

問診票

(初めて診察をお受けになる方へ)

お困りの事柄やこれまでの経緯、体質などは人それぞれです。
これからの診療に生かして参りますので、どうぞご記入下さい。

(フリガナ)
お名前
生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
ご住所 〒
ご連絡先 (お電話番号)
緊急時に当院から連絡させていただくご本人様以外のお電話番号 (ご家族など)
付き添いの方のお名前 続柄 ()
付き添いの方のご連絡先 (お電話番号)

いちばん困っていらっしゃる事 (来院された理由) をお聞かせください。

いつごろから 困っていること

現在かかっている医院・病院はございますか。

・なし ・あり 病・医院名

これまでに入院されたことはございますか。

いつごろ 病名

病院名

これまでに手術をお受けになったことはございますか。

いつごろ 病名

お薬や食べ物のアレルギーはございますか。 ・なし ・あり ()

ふだんアルコール類をお飲みになりますか。 ・いいえ ・はい (一日に を ぐらい)

タバコを吸っていますか。 ・いいえ ・はい (一日に 本ぐらい)

当院を何でお知りになりましたか。 ・近所 ・電話帳 ・ホームページ ・紹介

・その他 ()

ご協力ありがとうございました。