

問診票

ID _____

(初めて診察をお受けになる方へ) 令和 年 月 日

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、どうぞご記入ください。

フリガナ		性別	男	女性の方のみ
お名前			女	現在妊娠中ですか? (はい・いいえ)
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生まれ (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)				
TEL	続柄			
付き添いの方のお名前	続柄			
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
いつ頃から 困っている事

現在かかっている医院・病院はございますか

・なし ・あり 医院・病院名

これまでに入院されたことはございますか

・なし ・あり いつ頃 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

・なし ・あり いつ頃 病名

ふだんアルコール類をお飲みになりますか ・いいえ ・はい→ 1日に () を () くらい

タバコを吸っていますか ・いいえ ・はい→ 1日に () 本くらい

お薬や食べ物のアレルギーはございますか ・いいえ ・はい ()

当院を何でお知りになりましたか ・紹介 () ・近所 ・電話帳
・ホームページ ・その他

ご協力ありがとうございました