

# 問 診 票

受診日 年 月 日

フリガナ	性別	ご住所 〒	
お名前	男・女		
生年月日	明治・大正・昭和・平成	電話番号	ご職業
	年 月 日( 才)	携帯電話	
<p>現在、他の病院で診療を受けたり、治療中の病気がありますか</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ いいえ</li> <li>・ はい ( )</li> </ul> <p style="text-align: center;">処方されているお薬があればお書きください(可能でしたら処方せんなどを診察前にお見せください)</p>			
<p>今までに大きな病気をされたことはありますか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ いいえ</li> <li>・ はい ( )</li> </ul>			
<p>今までに病気やけがで入院したことや手術、麻酔を受けられたことがありますか</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ いいえ</li> <li>・ はい ( )</li> </ul> <p style="text-align: center;">その際、気分が悪くなったりしたことはありませんか( いいえ はい:具体的に )</p>			
<p>食べ物やお薬で蕁麻疹などのアレルギーが出たことはありますか</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ いいえ</li> <li>・ はい ( )</li> </ul>			
<p>タバコはお吸いになりますか</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 吸わない</li> <li>・ 吸います( 本/日)</li> <li>・ 以前は吸っていたが、今は止めている</li> </ul>			
<p>お酒はお飲みになりますか</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 飲まない</li> <li>・ 時々飲みます( を 杯/ 日 )</li> <li>・ ほとんど毎日飲みます( を 杯/日 )</li> </ul>			
<p>女性の方にお尋ねします。現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ いいえ</li> <li>・ はい( 妊娠 ヶ月 )</li> <li>・ 分からない</li> </ul>			
<p>ご来院きっかけについてお聞かせください。</p> <p>1.家の近くで見て 2.会社の近くで見て 3.学校の近くで見て 4.インターネットを見て 5.バスの車内放送 6.郵便局封筒を見て 7.電車内の広告を見て 8.新聞雑誌を見て 9.ご家族からの紹介 10.知人からの紹介 11.タウンページを見て 12.病院からの紹介 13.学校からの紹介 14.チラシを見て 15.その他( )</p>			
<p>頂きましたこれらの情報は、診療行為以外の目的には使用いたしませんので、ご安心ください。 ご協力ありがとうございました。</p>			