

# 問診票

令和 年 月 日

|   |     |           |             |
|---|-----|-----------|-------------|
| ふりがな  |     | 性別：       | 男 ・ 女       |
| お名前   |     | 生年月日：     | 年 月 日 ( 歳 ) |
|   |     | ご職業：      |             |
| ご住所 〒                                       | —   |           |             |
| 電話番号：                                       | ( ) | 携帯・緊急連絡先： | ( )         |
| □はじめての来院 (家族が来院中 / 近所 / ご紹介： / 特になし ) □久しぶり |     |           |             |

|                |                        |        |             |
|----------------|------------------------|--------|-------------|
| どうされましたか？      | 1 気になるところがある           | 2 健診希望 | 3 メインテナンス希望 |
| ※1の方は以下も記入願います |                        |        |             |
| 気になる場所はどこですか？  |                        |        |             |
| 症状を記入してください    |                        |        |             |
| いつからですか？       | 今現在の痛み □有 □場合によってあり □無 |        |             |

該当する項目に○をしてください

|  |
|--|
| ①現在の健康状態をお聞かせください<br>1 良好 2 普通 3 不良  |
| ②今までに手術の経験はありますか<br>1 はい ( 年前 歳の頃 ) 2 いいえ  |
| ③全身疾患について当てはまるものをお答えください<br>1 糖尿病 2 骨粗鬆症 3 心臓病 4 高血圧 5 低血圧 6 貧血 7 血液疾患 8 脳梗塞 9 脳神経疾患<br>10 肝臓疾患 11 胃腸疾患 12 肝炎 (A・B・C) 13 ぜんそく 14 リウマチ 15 ホルモン異常 16 HIV 17 てんかん<br>18 がん ( ) 19 その他 ( ) |
| ④現在、服用しているお薬はありますか？<br>1 はい (薬品名： ) 2 いいえ<br>※お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示願います  |
| ⑤お薬のアレルギーはありますか？<br>1 はい (ヨード・クロルヘキシジン・その他《薬品名： 》) 2 いいえ   |
| ⑥お薬以外のアレルギーはありますか？<br>1 はい (ラテックス・牛乳・その他《具体的に 》) 2 いいえ   |
| ⑦人工臓器 (ペースメーカー・人工関節・人工弁等) を使用されていますか？<br>1 はい 2 いいえ  |
| ⑧女性の方にお伺いします。現在は<br>1 妊娠中 ( ヶ月 ) 2 妊娠の可能性あり 3 授乳中  |
| ⑨治療について<br>1 治療はすべて保険の範囲内をお願いしたい<br>2 場合によっては自費を希望する<br>その他不安なこと、ご要望などがあればご記入ください  |