＊問 診 表＊

記入日(　　年　　月　　日)　　代筆者氏名(　　:続柄　　)

ふりがな			
氏名	様 男･女	生年月日	M･T･S･H　年　月　日　歳
住所	〒	電話	(　　)　　－
		携帯電話	

診療の参考にさせて頂きますので下記項目の質問にお答え下さい。
なおご記入頂いた情報は原則として患者様の診療･検査等を円滑に行うための目的以外には利用致しません。

＊上記理解･協力のもと同意いたします。　　【 はい ・ いいえ 】

1.本日はどの様な症状があって診察に来られましたか？
･どこが　　(　　)
･どのような症状で(　　)
･いつ頃から　　(　　)

2. 今までに病気をされたことがありますか？ ①はい　②いいえ
＊①はいと答えた方は、下記へチェックして下さい。
□心臓病 □高血圧 □腎臓病 □肝臓病 □糖尿病 □胃腸病 □緑内障
□白内障 □アレルギー (喘息　鼻炎　ｱﾄﾋﾟｰ　じんましん)
□前立腺肥大 □結核 □その他(　　)

3. 今までに手術を受けられたことがありますか？
①はい　　いつ頃(S･H　　年) どこの(　　)　　②いいえ

4. 現在治療中の病気がありますか？ ①はい　②いいえ
＊①はいと答えた方はご記入下さい。
病名(　　)現在飲まれている薬がありますか？ ①はい　②いいえ

5. 今までに食品･薬などで発疹などアレルギー症状が出たことがありますか？
①はい　　食品(　　)薬(　　)その他(　　)②いいえ

6. 女性の方におたずね致します。現在妊娠中、授乳中、または妊娠の可能性がありますか？
①はい　②いいえ

7. 当院を何でお知りになりましたか？
①知人の紹介　　様　　②インターネット
③広告(･バスの中　･駅前　･電柱　･その他　　)　④その他(　　)

8. ご希望の事柄がありましたらご記入下さい。