

ID _____

問診票

平成 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日 ()才	
氏名				年	月
住所	〒			身長 cm	職業
電話	(自宅) (携帯)	メールアドレス (任意)		体重 kg	

1. 当院をお知りになったきっかけは？

- ① 以前受診したことがある ② 近所・通りがかり ③ 医院看板 ④ JR 福島駅の看板
 ⑤ 家族から聞いて ⑥ 知人から聞いて ⑦ 他の医療機関から聞いて ⑧ 当院のホームページを見て
 ⑨ その他 ()

2. 本日は、どうされましたか？

発熱： なし あり () °C

その症状はいつからありますか？ () {年・ヶ月・日・時間} 前から

3. 現在、治療中の病気や内服している薬がありますか？

ある ・ ない

病名 () 薬名 () 病院名 ()

4. 今までに重い病気や手術を受けたことがありますか？

ある ・ ない

いつ () 内容 ()

5. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

はい (薬： 食べ物：)

いいえ

何かアレルギーがありますか？

ない ・ ある → 血液検査をしたことが → ない ある (いつ)

内容 ()

気管支ぜんそくがありますか？

ない ・ ある

6. 女性の方へ

現在妊娠の可能性はありますか？ ある (ヶ月) ・ ない ・ わからない

現在授乳中ですか？ はい ・ いいえ

7. 車の運転はされますか？

する ・ しない

8. 嗜好品について

たばこ： 喫煙歴なし

過去喫煙歴あり 1日に 本 年間年前にやめた

現在喫煙している 1日に 本 年間吸っている

酒・・・ 飲まない ・ たまに飲む ・ 毎日