

問診票

ID _____

令和 年 月 日

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

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 ④JR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 ()

※ 上記で血液検査をしたことが「ない」と回答された方、アレルギーの検査を希望しますか？
 はい ・ 相談したい ・ いいえ

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 (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