



問診票

フリガナ		生年月日	大・昭・平	年	月	日
氏名		年齢・性別	歳	男・女		
住所	〒					
電話番号	自宅:	()	携帯:	-	-	

該当する にチェックとご記入をお願いします。

<p>今日はどうされましたか？</p> <p>いつから、どのような症状でお困りですか？</p>	<p>何でも御自由にお書きください</p> <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; height: 100px; width: 100%;"></div>
<p>現在もっている病気</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒</p>	<p><input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症(高コレステロール血症、中性脂肪↑)</p> <p><input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大</p> <p><input type="checkbox"/> 精神疾患(病名:)</p> <p><input type="checkbox"/> その他、病名</p> <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>現在内服している薬</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒</p>	<p>薬のなまえ(お薬手帳をお持ちなら提出いただけると助かります)</p> <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>薬・食べ物のアレルギー</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒</p>	<p>該当する薬や食べ物のなまえ</p> <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>喫煙 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する ⇒ 1日に () 本×() 年間 <input type="checkbox"/> やめた ⇒ () 年前</p>	
<p>飲酒 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 付き合い程度 <input type="checkbox"/> する ⇒ 週に () 回、量 ()、種類()</p>	
<p>妊娠 <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している ⇒ () カ月 授乳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p>	

差支えなければ、下記アンケートにご協力ください。

<p>来院のきっかけ</p> <p>(複数回答可)</p>	<p><input type="checkbox"/> 知人・友人のご紹介 <input type="checkbox"/> 他医療機関からのご紹介 <input type="checkbox"/> 情報誌をみて</p> <p><input type="checkbox"/> インターネットで検索してホームページをみて <input type="checkbox"/> 新聞・ポスト投函のチラシをみて</p> <p><input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 自宅が近所だから</p>
<p>来院方法・所要時間</p> <p>(複数回答可)</p>	<p><input type="checkbox"/> 徒歩・自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車</p> <p><input type="checkbox"/> 自家用車・送迎車 <input type="checkbox"/> タクシー</p> <p>当院まで () 分</p>

ご記入ありがとうございました。なるべくお待たせしないように努めます。診察までもうしばらくお待ちください。