



# 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。

<b>今日はどうされましたか？</b>  いつから、どのような症状でお困りですか？	何でも御自由にお書きください  <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; height: 100px; width: 100%;"></div>
<b>現在もっている病気</b> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	<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↑) <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 精神疾患(病名: ) <input type="checkbox"/> その他、病名  <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; height: 40px; width: 100%;"></div>
<b>現在内服している薬</b> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	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)  <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; height: 40px; width: 100%;"></div>
<b>薬・食べ物のアレルギー</b> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	該当する薬や食べ物のなまえ  <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; height: 40px; width: 100%;"></div>
<b>喫煙</b> <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	
<b>飲酒</b> <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( )	
<b>妊娠</b> <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している ⇒ ( ) カ月 <b>授乳</b> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

差支えなければ、下記アンケートにご協力ください。

<b>来院のきっかけ</b> (複数回答可)	<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 <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 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 自宅が近所だから
<b>来院方法・所要時間</b> (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 徒歩・自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 自家用車・送迎車 <input type="checkbox"/> タクシー
当院まで ( ) 分	

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。