　　　　　　　　　　　　　　問診票　　 記入日　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 男 ・ 女 | （　　　　　才） |
| 氏名 |  | 生年月日 | 大正昭和　　　　年　　　月　　　日平成 |
| 住所 | 〒　　　-　　　　 | 電話 | 自宅携帯 |
| 身長（　　　　　　ｃｍ） | 体重（　　　　　　ｋｇ） | 職業 |  |

**☆下記の項目は診察上大切なことですので必ずご記入願います。**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | 現在の症状は？ |
| いつから？ |
| 今の体温（　　　　　　）℃ |
| 2 | 現在、医師の治療を受けていたり、薬を服用していますか？ | はい | 病名（　　　　　　　　　　）薬品名（　　　　　　　　　　　　　）　　 | /いいえ |
| 4 | 今までかかったり、指摘されたことがある病気に〇をしてください。 |
| 高血圧　　高脂血症　　糖尿病　　甲状腺疾患　　肝臓病　　心臓病胃腸病　　呼吸器病　　腎臓病　　がん　　前立腺肥大　　その他（　　　　　　　　）　/何もない |
| ５ | 手術を受けたことがありますか？ | はい | いつごろ（　　　　　　　　　　　　　　）病名（　　　　　　　　　　　　　　　　）どこで（　　　　　　　　　　　　　　　） | /いいえ |
| 6 | アレルギーを起こしたことがありますか？ | はい | 薬・食物アレルギー・花粉症・喘息・その他アレルギーの原因（　　　　　　　　　　　　） | いいえ |
| 7 | お酒・たばこは一日にどのくらい飲まれますか？ | 　　酒（　　　　合）　　ビール（　　　　本） | たばこ（　　　　本） |
| 8 | 領収証のほかに細かい内容の医療明細書は必要ですか？ | はい　　　いいえ |
| 9 | ご要望やご意見があればお書きください。 |

アンケート：今後の医院運営の参考にさせていただきますので、ご協力お願い申し上げます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 10 | 当院を受診されたきっかけは? | ①紹介　勧められて　紹介者（　　　　　　　）②インターネット・ホームページ　　　　　③近所だから④その他 |

女性の方のみ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 11 | 現在妊娠していますか？ | はい（　　　　　ヶ月）　　　いいえ　　　　わからない |
| 12 | 最終月経はいつですか？ | （　　　月　　　日 ごろから）　　閉経　（　　　）才ごろ |
| 13 | 現在授乳中ですか？ | はい　　　　　　　　　　　　いいえ　　 |