

票 診 問

フリガナ		性 別	生 年 月 日		
名 前		男 ・ 女	昭和 平成	年	月 日 歳
住 所	〒 -				
電話番号	自宅 ()		携帯 ()		

Q1 どのような症状ですか？

発熱 (℃) せき のどの痛み 鼻水 下痢 腹痛 嘔吐
頭痛 食欲不振 呼吸困難 糖尿病 高血圧 高脂血症
その他 ※皮膚科の場合は大きさ、左右、部位など詳しくご記入下さい。
()

Q2 その症状はいつからですか？

Q3 他院にかかっておられますか？

いいえ はい（ 病院名 _____ 病名 _____ ）

Q4 現在、服用中のお薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちの方は薬剤名の記入は不要です。

いいえ はい（薬剤名）

Q5 薬や注射で、アレルギー反応がでたことがありますか？

☐いいえ ☐はい（薬剤名 _____ 症状 _____）

Q6 今までに大きな病気、手術をうけられたことはありますか？

☐ いいえ ☒ はい（病名　いつごろ）

Q7 40歳以上の方：1年以内に市等で実施している特定健診を受診されましたか？

いいえ はい（ 月ごろ 指摘事項: ）

Q8 ご家族(血縁のかた)に病気の方がいますか？

いいえ はい □ 高血圧 □ 糖尿病 □ 心臓病 □ 喘息 □ 脳卒中 □ 癌
□ その他（ ）

Q9 たばこを吸われますか？

いいえ はい (1日 _____本 ・ 喫煙歴 _____年)
(以前吸っていたがやめた : _____前まで吸っていた)

Q10 お酒を飲めますか？

いいえ はい (毎日 ・ 週1~2回 ・ 時々 ・ 1回の飲酒量 _____ml)
(以前飲んでしたがやめた : _____ 前まで飲んでいました)

Q11 女性の方：妊娠中または授乳中ですか？

いいえ はい（ 妊娠中 ・ 授乳中 ）

Q12 差し支えなければ当院を最初に知ったきっかけを教えてください。

ご家族の紹介	知人の紹介	看板・広告	当院のホームページ	インターネットの検索
他院からの紹介	クリニックの前を通りかかった	その他()		

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。