

問診表

| | | | |
|--------|--------|-----|----------------------|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 | | 男・女 | 昭和 平成 年 月 日 令和 |
| 住所 | 【〒 - 】 | | |
| 自宅電話番号 | | 体重 | Kg・わからない |
| 携帯電話番号 | | | |

1. 本日の受診の目的を教えてください

- 体調不良のため 定期的な通院を希望 医療・介護などの相談
健診・乳児健診 予防接種 その他()

2. 現在、医療機関に通院中ですか？

(はい・いいえ)⇒「はい」の方は医療機関名と治療中の病名を分かる範囲で教えてください

医療機関名:

治療中の病名:

3. 過去に医療機関に通院したこと、入院したことはありますか？

(はい・いいえ)⇒「はい」の方はその病名と治療の内容を分かる範囲で教えてください

病名:

治療内容:

4. 今までにお薬や食べ物でアレルギー症状を起こしたことがありますか？

(はい・いいえ)⇒「はい」の方はその薬・食べ物の名前()

5. 嗜好品について教えてください

飲酒: 毎日・週()日・機械飲酒・飲まない 1日の種類・量()

たばこ: 吸う(本/日、 年)・やめた(歳の時)・吸わない

6. 女性の方にお聞きします。

妊娠中・妊娠の可能性はありますか(はい・いいえ) 授乳中ですか(はい・いいえ)

★アンケートにご協力ください★ 来院のきっかけを教えてください(☑を付けてください:複数回答可)

- 近所だから ホームページを見て 電柱広告を見て クリニックの看板を見て
ご紹介(さん) 他院からのご紹介(医療機関名)
その他()

ご協力ありがとうございました。