

問 診 票

平成 年 月 日

フリガナ 氏名		男 女	大・昭・平 年 月 日生
住所	〒		
電話番号	※必ずご記入をお願いいたします。		
携帯番号			
1. 本日はどうなされましたか？	いつから？ ()日前から ()ヶ月前から ()年前から		
	どのような症状？ <input type="checkbox"/> 咳(せき)・痰(たん) <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 寒気・発熱 <input type="checkbox"/> 体のだるさ <input type="checkbox"/> 関節の痛み <input type="checkbox"/> 胃痛・腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 胸の痛み <input type="checkbox"/> 動悸・めまい <input type="checkbox"/> その他の症状()		
2. 現在、治療中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ はいの場合のみお答え下さい。 病名() 現在飲んでいる薬はありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※お薬手帳をお持ちの方は、受付に出して下さい。		
3. 過去に薬を飲んで気分が悪くなったことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ はいの場合のみお答え下さい。 どのような薬() どのような症状()		
4. 女性の方へ	妊娠()ヶ月 授乳中		
5. 最近海外に行きましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ はいの場合のみお答え下さい。 いつ?() 国名()		
6. 当院についてはどうやってお知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> タウンページ等の紙面広告 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 通りすがり <input type="checkbox"/> その他()		

* 記入された個人情報は、個人情報保護に基づき、治療や予約などにおいて必要な事以外には使用いたしません。