

<問診票>

初診の方は、下記の質問にお答えください。お答え頂けるところだけで結構です。

氏名： _____ 身長： _____ c m 体重： _____ k g

1. どのような理由で来院されましたか。

- ・ () 健診で異常を指摘されたため [内容： _____]
- ・ () 気になる症状がある
いつ頃から → [_____] どんな症状 → [_____]
- ・ () その他 [_____]

2. 当院をどのようにしてお知りになりましたか。

- ・ () かかりつけの先生からの紹介 [病院・医院名 _____]
- ・ () 知り合いの方からの紹介 [お名前 _____]
- ・ () その他 [_____]

3. 煙草は吸いますか。

- ・ () 吸わない
- ・ () 以前吸っていたがやめた [やめた時の年齢： _____ 歳]
- ・ () 吸っている [1日の本数： _____ 本、年数： _____ 年]

4. お酒は飲みますか。

- ・ () 飲まない
- ・ () 以前飲んでいたが今は飲まない [やめた時の年齢： _____ 歳]
- ・ () 飲む [1日に飲むアルコールの種類と量： _____]

5. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか。

- ・ () ない () ある → 薬・食物の内容 [_____]

6. 過去に治療を受けた病気や手術はありますか。

- ・ () ない () ある → 内容 [_____ 歳]

7. 毎日飲む薬はありますか

- ・ () ない () ある → 薬の内容 [_____]

8. 女性の方にお聞きします。

- ・ 妊娠している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)
- ・ 月経 (順調・不順) 閉経 [_____ 歳]

9. 診察・検査などについて希望がありましたらご記入ください。