

問診票(受診される方へ)

ふりがな		性別	男・女	年 令	才
氏名		生年月日	(明・大・昭・平)		
			年	月	日生
住所	〒	電話	() - -		
● 身長		cm	● 体重		kg
				● 体温	℃

①主な症状は 月 日から(日前から)

・以下より○で選んで下さい

発熱 頭痛 のど痛い せき たん 鼻水 鼻づまり 息苦しい 胸痛 腹痛 吐き気 嘔吐 食欲不振
下痢 便秘 腰痛 排尿痛 肩こり めまい 耳鳴り かゆみ 湿疹 不眠 検診で異常を指摘された

・その他症状を具体的に書いて下さい

②現在通院中の病気はありますか？

1. あります。(具体的に)
2. ありません。

③今までに大きな病気・ケガ・入院・手術をしたことがありますか？

1. あります。(具体的に)
2. ありません。

④薬物アレルギーがありますか？

1. あります。(薬品名は)
2. ありません。

⑤食物アレルギーがありますか？

1. あります。(食品名は)
2. ありません。

⑥タバコを吸いますか？

1. 吸います。(才から、1日 本)
2. 吸いません。
3. 以前は吸っていた。(才から 才まで、1日 本)

⑦お酒を飲みますか？

1. 飲みます。(酒量は)
2. 飲みません。

⑧(女性の方に)現在、妊娠の可能性はありますか？

1. あります。
2. ありません。
3. わかりません。

⑨(女性の方に)現在、授乳中ですか？

1. はい。
2. いいえ。

⑩当院(なるみやクリニック)、受診のきっかけはなんですか？(複数回答OKです。)

1. 家から近いから
2. 知人の紹介で
3. 家族が通院しているから
4. 看板をみて
5. 電話帳で調べて
6. インターネット(ホームページ)を見て
7. いつも前を通るから
8. その他()

※当院では個人情報を患者様への医療サービス提供等を目的として利用させていただいております。なお、患者様に安心して医療を受けていただくために個人情報の取り扱いには万全の体制で取り組んでおります。