

問 診 票

ふりがな				お生まれ	年	月	日
お名前				<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	
ご住所	〒 -					身長	体重
						cm	kg
携帯番号	ご自宅の電話番号など			ご本人以外の連絡先			続柄

* いつごろから、そのような症状がありますか。

* 本日お困りの症状で、他の医師や病院に相談されたことはありますか。 いいえ はい
医師または病院名 ()

* 現在飲んでいる薬はありますか。(お薬手帳または、マイナ保険証による情報取得に同意される場合は直近1ヶ月以内の処方を除き、記載と省略できます)

* 血縁の方で同じような症状の方はいますか。 いいえ はい (続柄; _____)

* いままで病気をしたことがありますか。 高血圧 糖尿病 脂質異常症
 脳卒中 心筋梗塞 緑内障 その他 (_____)

* 薬のアレルギーはありますか。 いいえ はい 薬の名前をお書きください。

* お酒は飲みますか。 いいえ 機会飲酒 ほぼ毎日 週に _____ 回
 ビール _____ ml 日本酒 _____ 合 ワイン _____ 杯 その他

* たばこは吸いますか。 いいえ はい (1日 _____ 本)

* マイナ保険証による診療情報提供に同意されますか。 はい いいえ

* 女性の方にお聞きします。現在妊娠あるいはその可能性がありますか。 いいえ はい

* 当院はなにでお知りになりましたか。 紹介 ネット 看板 広告 その他

* 当日お持ち頂く物 (#お持ちであれば) ; マイナ保険証・#紹介状・#お薬手帳・#他院での検査結果