

(本問診票は個人情報保護法に基づき厳重に管理いたします)

フリガナ		身長	cm
お名前	男・女	体重	kg
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日 ( 歳)
	〒	—	—
ご住所		TEL	— —

1) 症状はいつ頃からありますか？ ( )

※症状に○をつけてください。

発熱 来院前( °C) 咳 痰 鼻水 のどの痛み 頭痛 嘔吐 下痢  
 腹痛 胃痛 その他( ) \* 漢方診療希望 する・しない  
 \* 看護師メモ 血圧値【BP = / 】 来院時【 °C】

2) 検査希望

胃カメラ検査 超音波検査 成人病検診 一般健康診断(自費) その他の検査( )

3) その他 診断書( ) ・ 証明書( )

4) アレルギーについてお聞きします。

薬のアレルギー なし・あり 薬品名( )  
 食物アレルギー なし・あり 食品名( )  
 喘息 アトピー性皮膚炎 花粉症 その他( )

5) 現在 治療中の病気 今までかかったことのある病気はありますか？

喘息 肝臓疾患 糖尿病 高血圧 高脂血症 心臓病 脳卒中 肺結核  
 その他( )  
 手術を要する病気( ) その時期( )  
 飲んでるいるお薬名( )

6) 女性の方に質問します。

現在 妊娠中・授乳中である いいえ・はい

7) 喫煙は？ 吸わない ・ 吸う (1日 本) 飲酒は？ 飲まない ・ 飲む

8) 当院をどこで知りましたか？

知人の紹介 インターネット 電柱広告 バス車内放送 他院からの紹介 その他( )