

カルテ ID: _____
フリガナ _____

問 診 票

平成 年 月 日

氏 名 _____ 男 ・ 女 明・大・昭・平 年 月 日 生 _____ 歳

〒 _____

住 所 _____

電話番号 (_____) _____ 職 業 _____

携帯番号 _____

☆当院をどのようにして知りましたか

ホームページ ・ チラシ ・ 看板 ・ 口コミ ・ 知人の紹介 ・ 近所 ・

病院からの紹介(_____) ・ その他(_____)

☆診察の参考にいたしますので、次の事項についてご記入をお願いします☆

*お一人で受診ではない場合 どなたと来院なさいましたか

父 ・ 母 ・ 夫 ・ 妻 ・ 子供 ・ 兄弟姉妹 ・ 親戚 ・ 知人 ・ その他(_____)

*ご本人以外の方が問診票を記載された場合はどなたですか？ (_____)

*どのようなことでお困りですか (些細なことでもお書きください)

[_____]

*今までにかかった病気はありますか

ある場合 [_____ 年頃 _____ 病院・クリニック]

*又、下記の病気にかかったことがありますか

なし ・ 高血圧 心筋梗塞 狭心症 心臓病 糖尿病 脳梗塞 不整脈 肝臓病 腎臓病
喘息 心悸亢進(胸がドキドキする) 前立腺肥大症(尿が出にくい) 緑内障(眼圧が高い)
てんかん その他

*現在、治療中の病気はありますか

ない ・ ある(_____)

*現在服用している薬はありますか

ない ・ ある(_____)

*アレルギーはありますか

ない ・ ある(_____)

*たばこは吸われますか？ 吸う (_____ 年間) _____ 本/日 ・ 吸わない ・ 以前は吸っていた

*アルコールは飲まれますか？ はい ・ いいえ

ビール _____ 本/日 ・ 日本酒 _____ 合/日 ・ ウイスキー _____ 杯/日 ・ その他(_____)

*家族または親戚で心療内科や精神科にかかっていた方はいますか

いいえ ・ はい(_____)

*なにかご要望がございましたら、ご記入ください。(例) 番号でのお呼び出し希望など)

(_____)