

ID _____

問 診 票

受診日 _____

フリガナ		生年	明治 大正	
お名前		月日	昭和 平成	年 月 日
		ご年齢		性別
ご住所	〒 _____	電話番号	()	
		携帯	- -	

体温 _____ °C

当院を受診されるのは初めてですか 初めて 2回目以降

いつ頃から _____ 月 _____ 日頃から

どのような症状がありますか _____

今回のご病気で他院を受診されましたか いいえ はい (_____ 病院)

お薬は飲まれましたか いいえ はい (薬名 _____)

現在どちらかの病院に通院中ですか いいえ はい (_____ 病院)

「はい」の方に、もらっているお薬は何ですか _____

今までに通院や入院をされたことはありますか _____ 年 (_____ 歳) 病名 _____

_____ 年 (_____ 歳) 病名 _____

血縁関係の方にご病気の方はいらっしゃいますか 続柄 _____ 病名 _____

続柄 _____ 病名 _____

アレルギーはありますか いいえ はい (薬品 _____ 食べ物 _____)

「はい」の方に、どのような症状がでましたか _____

タバコは吸いますか いいえ はい (1日約 _____ 本)

お酒は飲みますか いいえ はい (_____ を1日 _____ 程度)

体内にペースメーカー等の金属・機器・人工物はありますか いいえ はい

気管支喘息と診断されたことはありますか いいえ はい

ヨード造影剤を使用した際に帰宅後も含め何か異常はありましたか いいえ はい

女性の方へ 現在妊娠されていますか いいえ (最終月経 _____ 月 _____ 日) はい (現在第 _____ 週)

ご協力ありがとうございました