

問 診 票 交

フリガナ		性別	明治・大正・昭和・平成	ご職業
お名前		男・女	生年月日 年 月 日生 現在()歳	
ご住所	(〒 -)	連絡先  	携帯番号 () 自宅番号 () ※緊急時連絡先 () 緊急時に連絡のとれる電話番号をご記入ください	ご関係 ()

1	今までに大きな病気をしたり、手術を受けたことはありますか	いいえ	はい 歳 病名 病院名 歳 病名 病院名
2	現在、治療中の病気はありますか	いいえ	はい <input type="radio"/> を付けて下さい 高血圧 糖尿病 喘息 心臓病 肝臓病 腎臓病 脳梗塞 脳出血 その他 病名:
3	現在、飲んでいる薬はありますか	いいえ	はい 薬手帳 有 →受付にお出してください 薬手帳 無 薬の名前:
4	局所麻酔(歯科麻酔など)で気分が悪くなったことはありますか	いいえ	はい 薬の名前
5	薬や食物、その他のアレルギーはありますか	いいえ	はい 薬の名前、食物名
6	体内に心臓ペースメーカーが入っていますか	いいえ	はい いつ、どこの病院で →受付にペースメーカー手帳をお出してください
7	体内に金属が入っていますか	いいえ	はい いつ、どこの病院で
8	タバコは吸いますか	いいえ	はい 歳から 歳まで 1日 本
9	お酒は飲みますか	いいえ	はい 毎日・週に2,3回・時々 1日 合
10	女性の方へ 現在、妊娠していますか	いいえ	はい (妊娠 ヶ月・可能性有り)
	現在、授乳中ですか	いいえ	はい
	最終生理日は、いつでしたか	最終生理日は 年 月 日から 月 日まで	
11	身長、体重をご記入ください	身長 cm / 体重 kg	
12	当院にいらしたきっかけは何ですか 【該当するものに○を付けて下さい】	① ホームページを見て。当院を調べた時の検索ワードは? ()	
		また、ご使用のデバイスは下記のどれでしょうか? PC・スマートフォン・タブレット・その他	
		② ご近所だから	
		③ ご紹介(知人/家族) ※ (ご紹介者: 様)	
		④ 看板・外掲示板を見て	
		⑤ 他院のご紹介で(病院名:)	
		⑥ 保険会社からのご紹介で	
		⑦ 以前、通院していたので	
		⑧ 以前、特定健診を受けたので	
		⑨ 以前、予防接種を受けたので	
⑩ その他()			