

【 問 診 票 】

フリガナ：	性別		
お名前：	男性 ・ 女性		
生年月日： 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成	年	月	日 (歳)
ご住所 (〒 -)			
お電話番号： - -	携 帯：	-	-
勤務先：	役職・職種：		

①今までに入院・手術をされた事がありますか？ (ない ・ ある)

年齢	入院・手術の病名又は部位	病院名
<例:30才、10代など>	<例:盲腸手術、肺炎で入院、腕を骨折で手術>	<例:聖マリア、新古賀>

②現在治療中の病気はありますか？ (ない ・ ある)

病名	いつから	病院名	薬の名前
<例:高血圧、糖尿>	<例:3年前、50代>	<例:聖マリア、新古賀>	<例:アムロジン、血液サラサラ>

③血縁者で下記の病気にかかれた方はいらっしゃいますか？ (いない ・ いる)

いらっしゃる方は、病名に○をつけて、続柄・部位等もご記入下さい。 <例:がん(祖母:子宮)>

- ・高血圧 (続柄:) ・糖尿病 (続柄:) ・脳梗塞 (続柄:)
 ・心臓病 (続柄:) ・喘息 (続柄:) ・がん (続柄: 部位:)
 ・その他 (続柄: 病名:)

④薬や食品でアレルギーがありますか？ (ない ・ ある)

<例:たまご、症状:湿疹>

(薬又は食品名: 症状:)

⑤嗜好についてお聞きます <例:日本酒を250ml、2本>

アルコール： 飲まない / 飲む (1日、 を ml、 本 ・ 缶 ・ 杯)
 タバコ： 吸わない / 吸う (1日 本程度) / 以前吸っていた(年前)

⑥女性の方へ以下の質問にお答えください。

現在妊娠を … している / していない / わからない

現在授乳を … している / していない

どちらで当医院をお知りになりましたか？○をつけて下さい。

- 家族の紹介() 友人・知人の紹介() 他院の紹介() 新聞・チラシ()
 健康教室に参加して() 自宅が近い() ホームページ()
 看板(聖マリア ・ 平島交差点 ・ 津福駅 ・ 荘島) その他()

★2枚目もごさいます。お手数ですが、ご記入をお願いいたします。

⑦症状はいつからありますか？

1.()日前 2.()週間前 3.()ヶ月前 4.()年前

⑧どのような症状ですか？

発熱	・	鼻水	・	のどの痛み	・	咳	・	痰
腹痛	・	嘔気	・	嘔吐	・	便の異常()
血圧値の異常	・	尿酸値の異常	・	コレステロール値の異常				
その他の症状()

⑨症状に気づいたきっかけはありますか？ (ない ・ ある) <例:健康診断>
()

⑩当院の前に、この症状で何か治療はされましたか？ (していない ・ した)

どこで	いつから	治療期間	内容	備考
<例:聖マリア、医大>	<例:半年前、〇月から>	<例:1ヶ月、最近まで>	<例:内服(薬名)、注射>	<例:レントゲンを撮影>

⑪その結果、どうでしたか？ <例:改善、悪化、変化なし、薬の副作用で中止等>
()

⑫生活の中で、症状の影響はありますか？ (ない ・ ある)
(眠れない ・ 食欲が出ない ・ 動けない ・ 不安になる ・ イライラする)

★ご記入ありがとうございました。受付までお持ちください。
他院からの紹介状、検査結果、お薬手帳などお持ちの方は一緒にご提出ください。