|  |
| --- |
| **問　診　表** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| No. | 　 | 　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 令和　　　　年　　　月　　　日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受診者氏名 | フリガナ | 性別 | 男　・　女 |  |
|  |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 　　　　　　年　　　　月　　　日　生 | 年齢 | 歳 |  |
| 現住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　（　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス　 |  |

1. 今日はどうなさいましたか？

該当箇所に〇をつけてください

（１）いつ頃からですか？



（２）どのような症状がありますか？

1. 今までにかかった大きな病気（入院・手術など）教えて下さい。

　　無　・　有

1. 現在別の病院にかかっていますか？

　　　　　　病院　　　　　　　　　　科

　　　内服薬（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 今までに薬を飲んだり、注射をした後あるいは食物アレルギーを

起こしたりした事がありますか？

　　　　無　・　有

1. 女性の方へ
	1. 妊娠中ですか？　　　いいえ ・ 分からない ・ はい　　　　　　　週

|  |
| --- |
|  |

２）授乳中ですか？　　　いいえ ・ 分からない ・ はい　　　　　　　ヶ月児

|  |
| --- |
|  |

1. 輸血を受けた事がありますか？　　　　　　　　　いいえ　・　はい
2. 診察に対しての希望はございますか？

じっくり説明してほしい　・　できるだけ簡潔に要点だけ説明してほしい

原因追及のための検査は積極的にしたい　・高額でも治療効果が高い治療は試したい

　　その他の希望(例：できるだけ内服はしたくない、眠くなりやすい薬は控えたいなど)

**裏面もご記入をお願い致します。**

・当院をどのようにして知りましたか？

　　通りかかり　　・　　web検索　　・　　Instagram　　・　　チラシ

　　知人の紹介(紹介者のお名前：　　　　　　　　　　)

　　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

・その他当院に対するご要望、ご意見などございましたらご記載ください

ご記入ありがとうございました。

この問診票は受付スタッフにお渡しください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療法人社団躍心会　　丸の内皮ふ科