

# 問診票 (初めての方はお書きください)

No.

平成 年 月 日

ふりがな		男・女	職業
お名前			
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日 歳
住所	〒 -		
電話番号	携帯 ( )	ご自宅 ( )	

※診察の参考に致しますので、分かる範囲で記入、または○印で囲んでください。

1. 今日、どういう症状で来院されましたか	体温 血圧 / °C (クリニックにて、測定していただきます)
2. いつごろから症状がありますか	
3. 予防接種希望 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> おたふく <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 破傷風 <input type="checkbox"/> インフルエンザ	
4. 下記の病気にかかったことはありますか <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> その他	
5. 現在、他院で処方されたお薬を飲んでいますか <input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ あればその薬品名 ( ) ( )	
6. 薬の副作用を経験したことがありますか <input type="checkbox"/> ある・ <input type="checkbox"/> ない あればその薬品名 ( ) ( )	
7. 女性の方 現在、妊娠されていますか <input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ 現在、授乳されていますか <input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ	
8. 当院を受診されたきっかけは <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> タウンページ・広告・ちらし <input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> 自宅から近い・通り道 どなたのご紹介ですか ( )	
9. 処方薬はジェネリック(後発品)を希望されますか? <input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> Dr.の指示通りが良い ご不明な点は受付にお尋ねください。	
10. <input type="checkbox"/> 禁煙外来 <input type="checkbox"/> AGA(男性型脱毛症)外来 <input type="checkbox"/> ED(勃起不全)外来 説明・治療をご希望の方は、直接医師にご相談ください。	

保)返却

はまくぼクリニック