

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 _____ °C 血圧 _____ / _____ (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	1)インターネット 2)タウンページ・広告・ちらし 3)紹介 4)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	説明・治療をご希望の方は、直接医師にご相談ください。

ご協力ありがとうございました。

※以下はクリニック記載欄です

1 2 3 A B C

保)返却

はまくぼクリニック