

# 問診票

来院について		来院日	年	月	日
当院への来院は初めてですか？	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 2回目以降				
こちらの病院を知ったきっかけは何ですか？	<input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> その他				

## ご本人について

フリガナ		男 ・ 女	生年月日
氏名			年 月 日
電話番号 (ご自宅の固定電話)			( 満 歳 )
携帯番号			
住所	〒		
職業		身長	cm
同居している方はいらっしゃいますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	体重	kg

## 症状について

今日の体温	℃		
今日はどうされましたか？気になる症状がいつからか教えてください。 ( )			
今までかかった大きな疾患や持病はありますか？ 疾病名 ( )	はい	いいえ	
現在、通院している病院はありますか？ 病院名 ( ) 疾患名 ( )	はい	いいえ	
現在、服用している薬はありますか？ ( ) ※お薬手帳をお持ちの方は、ご持参ください。	はい	いいえ	
今まで、食物や飲み薬、注射などで具合が悪くなった事がありますか？ 薬の種類や症状 ( )	はい	いいえ	
女性の方は現在の当てはまる状態をお選びください。 <input type="checkbox"/> 現在妊娠している <input type="checkbox"/> 現在妊娠している可能性がある <input type="checkbox"/> 現在授乳中 <input type="checkbox"/> 特になし			