

問診表

N O. _____

フリガナ

お名前 _____ 生年月日 T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒

ご住所 _____ 電話番号 _____

勤務先 _____ 電話番号 _____

緊急連絡先 (携帯 etc.) _____ ※13 歳未満の方 → 体重 _____ kg

☆もしよろしければご協力ください。

[当院をお知りになったきっかけは？ (複数回答可)]

①知人の紹介、口コミ ②ホームページをパソコンで見て ③ホームページを携帯電話で見て

④テレビ、雑誌などマスコミ媒体 ⑤窓看板だけを見て ⑥その他 _____

[会社・ご自宅から当院までどのくらいかかりますか？] 徒歩・電車 _____ 分

[ご友人や知人の方と病気・医院などについて情報交換されますか？]

① 5人以上としている ② 1～4人としている ③ していない

☆ご協力ありがとうございました。

わかるところだけ記入して下さい。

●本日の症状は (耳 鼻 のど いびき その他 _____)

※のどの痛みにより呼吸が困難な方は受付にお申し出下さい。

- 一番お困りの主な症状は
(_____)
- 薬に対する副作用・アレルギーはありますか (はい いいえ)
ある場合薬の名前 _____
- 他院で内服中の薬は、今日持ってこられましたか (はい いいえ)
[薬品名] _____
- 現在、薬をもらっている先生は
_____先生 (_____科) _____先生 (_____科)
- 今まで、採血や注射・麻酔でショックを起こしたことがありますか (はい いいえ)
どのような症状ですか (_____)
- 以下の病気にかかったことがありますか？またはかかっていますか？
喘息 (小児喘息)・緑内障・糖尿病・高血圧・肝炎・その他 (_____)
※妊娠中・授乳中の方 → 妊娠 _____ 週・授乳中
- 治療についてのご希望、ご質問 【 手術、レーザー、何でも 】
(_____)
- タバコを吸いますか 吸わない 吸っている (_____ 本/日)