

新規ご登録&問診票

(ふりがな)	男	生年月日	歳
お名前前	女	年 月 日	
住所	〒 - 都・道 府・県		
電話番号	自宅	携帯	
身長	体重	体温	血圧
cm	kg	℃	/
アレルギーの有無	食べ物・薬 ある(具体的に:) なし		
喫煙の有無	喫煙有(1日約 本、 年前から)		喫煙無
飲酒の有無	飲酒有(1日の量:)		飲酒無
<p>● 過去に以下のような病気にかかったことがありますか？ あれば○で囲んでください。 高血圧・糖尿病・心臓病・高脂血症・脳の病気・肝臓病・腎臓病・胃/十二指腸潰瘍・喘息 緑内障・前立腺肥大・甲状腺・その他()</p>			
<p>● 近親者の病歴はありますか？ あればご記入ください。(例 父:糖尿病 など) ある()・なし</p>			

< 本日の症状について >

1. 今回どのような症状でご来院になりましたか？ ?

[]

2. その症状はいつ頃からですか？ _____ 日前から

3. 1ヶ月以内に海外に行きましたか？

いいえ ・ はい 国[] 期間[]

4. 現在かかっている病院や内服薬(サプリメント含む)があれば教えてください。

病名 []

内服薬 []

5. 女性の方にお聞きします。

現在(妊娠中 ・ 授乳中)ですか？ (はい ・ 妊娠の可能性ある ・ いいえ)

6. 当院を何でお知りになりましたか？(複数回答可)

インターネット 看板 パンフレット 口コミ

紹介(家族・知人 _____ 様 他院 _____ 会社 学校)

その他()