

～初めて当院で診察を受けられる方へ～

こんにちは。今日は いかがなさいましたか？
スムーズに的確な診断を進めるために以下の問診にご記入いただけますでしょうか

| | | | | | | | |
|-------------|------|----|----|----------|---|---|----|
| フリガナ お名前 | 生年月日 | T | S | H | 年 | 月 | 日 |
| | | | | 年齢 | 歳 | <input type="checkbox"/> 男 / <input type="checkbox"/> 女 | |
| ご住所 | | | | ご職業 | | | |
| 電話番号 (自宅) | | | | (携帯・勤務先) | | | |
| 身長 | cm | 体重 | kg | 本日の体温 | | | °C |

●本日はどのような症状でこられましたか？(いつからどのような症状ですか？)

●今回の症状でどちらかの医院・または病院にかかりましたか？

いいえ はい _____年__月__日から _____にかかっている。

●ご家族(血縁者)に以下のご病気の方はいらっしゃいますか？

がん() 脳卒中 高血圧 糖尿病 その他()

●いままでにかかった病気や治療中の病気にチェックし、いつ頃かを()にご記入ください。

高血圧 ()頃) 脳卒中 ()頃) がん ()頃)
糖尿病 ()頃) 喘息 ()頃) 肝臓病 ()頃)
心臓病 ()頃) 腎臓病 ()頃) その他(病名:)

●現在服用しているお薬があれば教えてください。

降圧薬 糖尿病薬 心臓病薬 肝臓病薬 胃腸薬 痛み止め
血をさらさらにするお薬 その他()

●タバコ 吸わない 吸う 過去に吸っていた
 (1日__本、__約__年間)

アルコール 飲まない 飲む 過去に飲んでいて
 (種類:____、__杯/日 毎日 時々 月に2～3回)

●薬のアレルギーはありますか？ なし あり()
 食べ物のアレルギーはありますか？ なし あり()
 その他:

●検診結果や他院からの紹介状はありますか？ なし あり

*以上です。ご協力ありがとうございました。

順番で診察させていただきますが、症状の強い方はご遠慮なくお申しつけください。

及川医院 院長 及川圭介