

# ◆ 問 診 票 ◆

平成      年      月      日

ふりがな			
お名前		年 齡	歳
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日
住民票のある ご住所	〒	電話番号	
連絡をとれる ご住所	〒	電話番号	

当てはまる項目へ○をお付け下さい。

◎本日の来院目的      診察(紹介状：無・有)      健康診断      予防接種

**診察でお越しになった方へうかがいます。**

◎現在どのような症状でお困りかお書き下さい。(例：お腹が痛い)

[ ]

◎その症状はいつから出ましたか？ \_\_\_\_\_ 日前から

◎現在服用中、常用薬はありますか？

ない・ある [ ]

◎今までにかかった病気はありますか？

ない・ある [ 高血圧・心臓病・糖尿病・喘息・緑内障・肝臓病・前立腺  
その他： ]

◎今までに手術または入院をしたことはありますか？

ない・ある 病名 [ ] いつ頃 [ ]

◎今までに体に合わなかったものがありますか？

ない・ある [ 薬・注射・造影剤・食べ物・その他 ]

◎お酒は飲みますか？

いいえ・はい      種類 \_\_\_\_\_ 量 \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日位

◎女性の方におたずね致します。

月経は 順調・不調・閉経・妊娠中・授乳中・その他 [ ]

ご協力ありがとうございました。高砂協立病院