

問 診 票

◆初診の方は、下記の質問にお答えください。

(受診日) 令和 年 月 日

ふりがな		性 別	生 年 月 日		
氏 名		男・女	大・昭・平	年	月 日
住 所	(〒 -)				
電話番号	()	緊 急 連 絡 先	()	氏 名 続 柄	

1. 今日はどうなされましたか？(いつ頃からどのような症状でお困りですか？)
 いつ頃から ()
 症 状 ()
2. 現在飲んでいる薬はありますか？(市販薬、置き薬、病院の薬など) (はい・いいえ)
 【はい】の方 … 薬の名前 ()
3. 現在、他の病院にかかっていますか？(薬の処方を受けていますか？) (はい・いいえ)
 【はい】の方 … 病院名 ()
 病 名 ()
 薬 剤 名 ()
 ※お薬手帳や薬剤表をお持ちでしたら、受付へお出してください。
4. 今までのかかった病気や、入院・手術をしたことはありますか？ (はい・いいえ)
 【はい】の方 … (入院・手術)
 いつ頃 ()
 病院名 ()
 病 名 ()
5. 薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか？ (はい・いいえ)
 【はい】の方 … 食べ物・薬 ()
6. 睡眠中にいびき又は日中眠くなることはありますか？(仕事や運転中) (はい・いいえ)
7. 女性のみ、お答えください。
 ・現在妊娠中ですか？ (はい・いいえ) ・現在授乳中ですか？ (はい・いいえ)
8. 以前、当院で健康診断を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)
 【はい】の方 … いつ頃 ()
 ・企業健診か個人健診どちらですか？ (企業・個人)
9. 当院を受診した理由をお答えください。(必ずご記入下さい)
 以前にもかかった 近所 友人・知人の紹介 市役所・保健センターの紹介
 ホームページ 電話帳 通りがかり 看板 その他()

◆順番が来ましたらお呼びしますので、しばらくお待ち下さい。

医療法人社団 寿会 吉沢病院