

ID:

## 問 診 票

令和 年 月 日

フリガナ		明 大 昭 平 令	年 月 日 ( 才 )
氏 名	(男性・女性)		
住 所	〒		
自宅電話		身長:	cm
携帯電話		体重:	kg
1. 症状についてお書きください。(体温: °C)			
2. その症状はいつ頃から始まりましたか? ( ) 日前から / ( ) ヶ月前から / ( ) 年前から			
3. 今、治療中の病気または、以前かかった病気はありますか? <input type="checkbox"/> はい ( ) <input type="checkbox"/> いいえ			
4. 他の医院、病院にかかられていますか、またはかかったことがありますか? <input type="checkbox"/> はい ( ) <input type="checkbox"/> いいえ			
5. 現在、服用中のお薬についてお書きください。 <input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし			
6. 今まで手術を受けられたことがありますか? <input type="checkbox"/> はい ( ) <input type="checkbox"/> いいえ			
7. 今までに薬や注射で蕁麻疹が出たり、気分が悪くなったことがありますか? <input type="checkbox"/> はい ( ) <input type="checkbox"/> いいえ			
8. 嗜好品についてお伺いします。 ・たばこ: <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う、または吸っていた ( ) 本/日を 年 ・アルコール: <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む ( 合/日を 日/週) ビール・酒・ウイスキー			
8. 女性の方にお伺いします。現在、妊娠されていますか? <input type="checkbox"/> はい ( 週) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない			
10. 何か相談したいことがありましたらお書きください。 <input type="checkbox"/> はい ( ) <input type="checkbox"/> いいえ			
11. 当院を何でお知りになりましたか? 看板・ホームページ・チラシ・知人に聞いた・北野病院の紹介・通りすがり・その他			