

# 問診票

年 月 日

(フリガナ)			
お名前	男・女	大・昭・平	年 月 日生
〒	—		
ご住所		自宅電話:	
		携帯電話:	
メールアドレス:			
<b>緊急連絡先</b>			
続柄:	お名前:	連絡先電話番号:	

当医院をどのようにしてお知りになりましたか？

・当医院ホームページ ・本や広告 ・ホームドクター ・ご紹介 ・その他 \_\_\_\_\_

ご紹介者様のお名前(フルネーム):	様
-------------------	---

キャンセルが出た場合、お電話をしてもよろしいでしょうか？	はい・いいえ
<u>はい</u> の方→来院可能な曜日、時間帯を教えてください。	
曜日 (月・火・水・金・土)	時間帯 (午前・午後・ _____ 時以降)

現在かかっている病気、または以前にかかったことがある病気はありますか？

・高血圧( / ) ・糖尿病(HbA1c: ) ・心臓や血管の病気 ・貧血  
・肝臓病( 型 ) ・HIV ・結核 ・腎臓病 ・自律神経失調症 ・悪性腫瘍  
・骨粗鬆症 ・認知症 ・その他 \_\_\_\_\_

かかりつけの病院はありますか？	・ない	・ある	病院名: _____	担当医: _____
			病院名: _____	担当医: _____

現在飲んでいる薬はありますか？

・ない ・ある

※あるに○を付けた方は、お薬手帳か、お薬の情報がわかるものを必ずお持ちください。

体に合わない食べ物や薬はありますか？

・ない ・ある \_\_\_\_\_

アレルギーはありますか？

・ない ・ある \_\_\_\_\_

嘔吐反射が起きやすいですか？(オエっとなりやすいですか？)

・いいえ ・はい

女性の方へ、現在妊娠中もしくはその可能性はありますか？

・いいえ ・はい \_\_\_\_\_ カ月

今回の治療は ( 悪いところは全部治したい ・ 痛いところだけ治したい )

治療方法や当院への希望・相談したいことなどありましたらご記入ください。

---

---

---