

# 問 診 表

記 年 月 日 入 年 月 日

ふりがな \_\_\_\_\_ 男・女  
氏 名 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 才

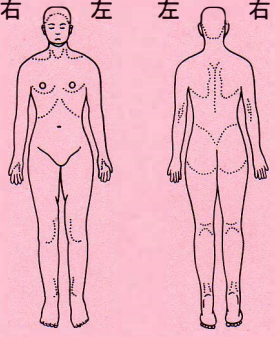
カルテNo. \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_  
携 帯 \_\_\_\_\_  
職 業 \_\_\_\_\_

どうされましたか？

[Empty space for patient's response]

その箇所に丸印をしてください

右 左 左 右



1. 当院には \_\_\_\_\_ はじめて \_\_\_\_\_ 前に来たことがある ( \_\_\_\_\_ 前)  
当院をどのようにして知りましたか。ホームページ 看板 紹介 ( \_\_\_\_\_ )
2. 薬・注射・麻酔・食べ物にアレルギーはありますか。 ない・ある  
・ピリン系に過敏・歯科麻酔に過敏・ペニシリン系に過敏・ヨード系に過敏  
・その他 ( \_\_\_\_\_ )
3. 現在、治療中の病気または過去にした病気・手術があれば○をつけて下さい。 ない・ある  
① 高血圧・糖尿病・高脂血症・心臓病・肝臓病・腎臓病・肺疾患・喘息・リウマチ・結核  
その他 ( \_\_\_\_\_ )  
② 過去にした手術  
心臓ペースメーカー・ステント・脳クリップ  
その他 ( \_\_\_\_\_ )
4. 服用している薬はありますか。 ない・ある  
お薬手帳があれば、必ず問診表と一緒にご提出下さい。  
お薬手帳がない方へ それは何の薬ですか。  
( \_\_\_\_\_ )
5. その他に注意してもらいたいことがありますか。  
ない・ある (具体的に \_\_\_\_\_ )

女性の方へ

6. 現在妊娠をしていますか。 はい・いいえ
7. 現在授乳中ですか。 はい・いいえ