

問 診 票

カルテ No _____

受診日：平成 年 月 日

ふりがな

(明・大・昭・平) 年 月 日生

名前 () 〒

住所

電話

携帯

① 今日はどういったことで来院されましたか？

(症状がある場合は、いつからどんな具合でしょうか。)

(体温 ℃)

()

② 現在、何か治療中の病気はありますか。(有・無) どちらかに○をしてください

有 の方は、具体的に病名をお書きください

()

③ 該当するほうに○をしてください。前立腺肥大症ですか→ (はい・いいえ)

緑内障ですか→ (はい・いいえ)

④ 該当するほうに○をしてください。妊娠中(妊娠の可能性)ですか→ (はい・いいえ)

授乳中ですか→ (はい・いいえ)

⑤ 他院で処方されているお薬はありますか？(有・無)

有 の方は、飲んでいるお薬の名前が分かりましたらお書きください

()

⑥ 薬に対するアレルギーは何かありますか？(有・無)

有 の方は、お薬の名前が分かっていたらお書きください

()

⑦ 過去に入院や手術など何か大きな病気にかかったことがありますか？(有・無)

有 の方は、主な病気で結構ですので病名をお書きください

()

⑧ 現在たばこを吸っていますか？ (はい・いいえ)

(1) はい の方は、1日平均何本を何歳から吸っていますか？

() 本 () 歳から

(2) いいえ の方で、過去に吸っていた方は、具体的に何歳から何歳まで1日平均何本吸って
いましたか？

() 歳から () 歳まで) 1日平均 () 本

⑨ アルコールはとりますか？ (はい・いいえ)

はい の方は、何を1日あたり平均どのくらい飲みますか？

()

ご協力ありがとうございました