

新患問診票

記入日 平成 年 月 日

お名前 様 男・女

ご職業

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

歳

★本日はおもにどのような症状で来院されましたか？

いつ頃から()

どんな症状で

熱がある()℃ のどが痛い せき 鼻水・鼻づまり

頭痛 胸痛 動悸 息切れ めまい 吐き気

胸やけ 腹痛 下痢 便秘 関節痛(どこ?)

その他の症状()

★この症状に関して、他の医療機関で診察を受けておられますか？

いいえ はい 医療機関名()

診療内容(処置内容:)

(投薬内容:)

★その他現在治療中の病気はありますか？

いいえ はい 医療機関名()

疾患名()

飲んでいるお薬()

★いままでに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？

いいえ はい 薬()

食べ物()

その他()

★女性の方へうかがいます。

妊娠されていますか？ いいえ はい

授乳中ですか？ いいえ はい

★ご自宅での生活や介護などについてお悩みやご不安はありますか？

いいえ はい 簡単な内容()

★当院を何でお知りになりましたか？

電話帳を見て バスの広告などを見て 新聞の広告を見て

知人の紹介(どなたの?:) 家族の紹介(どなたの?:)

近所なので その他()