【問診票】

書写西村内科

□の部分はチェック☑をお願いします　　記入年月日：　　年　　月　　日

ふりがな：

氏 名 ：

生年月日：大正 / 昭和 / 平成 / 令和　　年　　月　　日　　性別：男・女

電話番号：（自宅）　　（携帯電話）

住所：〒

◆ 今日はどのようなことで来院されましたか？

◆ これまでにかかったことがある病気や受けたことのある手術をお教え下さい

□ 特になし　□ 高血圧　□ 高脂血症　□ 糖尿病

□ 手術〔病名：　　手術名：　　〕

□ その他〔　　〕

◆ 現在定期的に飲んでいるお薬はありますか？

□ いいえ　□ はい〔お薬名：　　〕

◆ お薬や食べ物のアレルギー・花粉症はありますか？

□ いいえ　□ はい〔お薬：　　〕〔食べ物：　　〕

◆ お酒は飲みますか？

□ いいえ　□ はい〔飲酒量：　　〕

◆ たばこは吸いますか？

□ いいえ　□ 吸う（一日　　本、　　才から）　□ 禁煙した（　　才から）

◆ ご家族様がかかったことのある病気はありますか？

□ がん　□ 心臓病　□ 脳卒中　□ 高血圧　□ 高脂血症　□ 糖尿病

□ その他〔　　〕

＊ 女性の方のみお答え下さい

◆ 妊娠されていますか？もしくは妊娠の疑いはありますか？

□ いいえ　□ わからない　□ はい〔妊娠　　週目〕

◆ 授乳されていますか？　□ いいえ　□ はい

◎さしつかえなければ当院をお知りになったきっかけをお教え下さい

□ ホームページ　□ ホームページ以外のインターネットサイト　□ 看板　□ その他

□ 通りすがりで　□ お知り合いの方からの紹介〔紹介者のお名前：　　〕