

# 問診票

本日の日付 年 月 日

ふりがな	性別	男・女	身長	cm	体重	kg
お名前	生年月日	大・昭 平・令	年	月	日	
住所	(〒 - )					
連絡先	①自宅・携帯 ( - - )			②自宅・携帯 ( - - )		
	③緊急連絡先 ( - - 続柄: ) ・FAX・メール:					
(当院から至急連絡させていただくことがあります。確実な連絡先のご記入をお願いします。)						

①本日はどうされましたか？いつからどのような症状かお書きください。  
(診察室で医師に直接お話ししたい場合には記入は不要です。)

②現在または今までにかかった病気があれば下記に○をしてください。  
 高血圧 高脂血症 糖尿病 心臓病 脳卒中 肝臓病 腎臓病 がん  
 ぜんそく 鼻炎 アレルギー性結膜炎 結核  
 その他( )

③手術を受けたことはありますか？あれば何才の時に何の手術を受けたかお書きください。  
 ない ある ( )

④現在別の病気ではかの病院にかかっていますか？  
 いいえ はい ( )

⑤現在飲まれている薬はありますか？(お薬手帳があれば提出願います)  
 いいえ はい ( )

⑥タバコは吸いますか？ あるいは以前に吸っていましたか？  
 全く吸わない 吸っている 本/日 × 年  
 やめた ( 年前) 本/日 年

⑦アルコールは飲みますか？  
 全く飲まない 週に 回 (1日量は )

⑧今までに食べ物や薬でアレルギーが出たことはありますか？あればお書きください。  
 ない ある ( )

⑨女性の方にお伺いします。  
 現在妊娠中ですか？ はい いいえ  
 現在授乳中ですか？ はい いいえ

⑩どのようにして当院をお知りになりましたか？  
 近所だから 友人・知人の紹介 ホームページを見て チラシを見て

⑪感染防止対策のため、以下の項目についてご回答お願いいたします。  
 1ヶ月以内に新型コロナウイルス感染症にかかったことがありますか？ はい いいえ  
 「はい」の方にお聞きします。それはいつ頃ですか？ ( )  
 1ヶ月以内に発熱、咳、のどの痛み、味覚障害などの症状がありましたか？ はい いいえ  
 「はい」の方にお聞きします。それはいつ頃ですか？ ( )  
 同居のご家族が①、②いずれかにあてはまりますか？ はい いいえ

⑫診察の医師のご希望はありますか？(副院長の午後診は火・木のみとなります)  
 1診(院長：男性 泌尿器科・内科) 2診(副院長：女性 内科・呼吸器内科)

★裏面もご記入をお願いします★

