

問 診 票

ふりがな		年齢	歳
氏名		性別	男・女
生年月日			
住所			
電話番号			
携帯電話			
症 状 本日の様子	(ご自分の判断で結構です)		体温 度
悪性疾患の告知について (該当にすべてチェック)	<input type="checkbox"/> 本人に告知 <input type="checkbox"/> 本人には知らせず <input type="checkbox"/> 特定の家族に告知 <input type="checkbox"/> 家族には告知せず <input type="checkbox"/> 誰にも告知しない		
紹介状はありますか？	ある	ない	
この医院を受診したきっかけは？ (複数可)	<input type="checkbox"/> 医療機関の紹介 (紹介した医院・病院；) <input type="checkbox"/> 知人・友人に勧められた (紹介者；) <input type="checkbox"/> 家族に勧められた <input type="checkbox"/> 電話帳で調べた <input type="checkbox"/> 看板を見た <input type="checkbox"/> パソコンの H.P を見た <input type="checkbox"/> 携帯電話のネットで調べた <input type="checkbox"/> 通勤途中で便利 <input type="checkbox"/> 住居が近い <input type="checkbox"/> 建物が目立つ・きれい <input type="checkbox"/> 診療時間が合う <input type="checkbox"/> 駐車場が広い		
現在、お薬を飲んでいますか？	<input type="checkbox"/> 飲んでいる <input type="checkbox"/> 飲んでいない	服用中の薬	
アレルギーはありますか (花粉症を除く)	<input type="checkbox"/> ある () <input type="checkbox"/> ない		
今までに体質に合わない薬がありましたか？	<input type="checkbox"/> ある () <input type="checkbox"/> ない		
女性の方にお聞きします	現在妊娠していますか？	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 可能性がある	
	最終の生理日	月 日から 月 日	