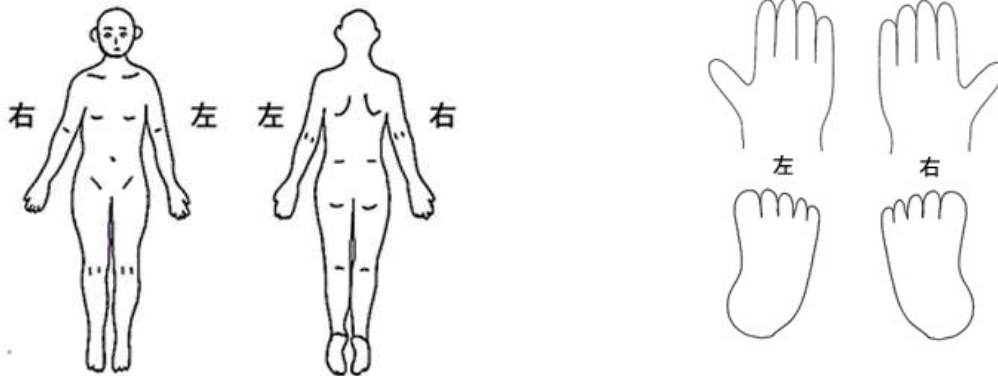


ID: 

## 問診票

ふりがな:	
氏名:	生年月日:                    年                    月                    日
年齢:                    歳      性別 男 ・ 女	既婚 ・ 未婚 ・ 結婚予定あり
職業:	e-mail:
自宅電話番号: (                    )                    —	携帯電話番号: (                    )                    —
〒 住所:	

1. 症状があるのはどこですか？下の絵に○印をつけてください。



2. どんな症状がありますか？ \_\_\_\_\_

その症状はいつ頃からですか？ \_\_\_\_\_

原因はありますか？ \_\_\_\_\_

3. 今まで病気やけがで治療したことがありますか？

ない ・ 花粉症 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 喘息 ・ 緑内障 ・ 胃炎 ・ 脳梗塞  
前立腺肥大 ・ 骨折 ・ その他 (                    )

4. 今まで手術を受けたことがありますか？もしあれば、いつ頃かも書いて下さい。  
\_\_\_\_\_

5. 現在、薬を服用していますか？    ない ・ ある

服用されている方は薬の名前など具体的に教えてください。 \_\_\_\_\_

6. 薬のアレルギーはありますか？    ない ・ ある

ある方は薬の名前など具体的に教えてください。 \_\_\_\_\_

7. 自動車やバイク等の乗り物の運転や危険を伴う機械類の運転操作や作業をしますか？

ほぼ毎日 ・ 時々 ・ まったくしない

8. 女性の方で妊娠の可能性はありますか？    ない ・ ある

9. 当院を何でお知りになりましたか？

ホームページ・看板・フリーペーパー (ばど・

)・雑誌 (                    )

医師や知人からの紹介 (紹介者名: \_\_\_\_\_) ・ その他 (                    )