

## <問診票>

ふりがな		性別	男	・	女	
氏名		生年月日	T S H R (西暦	年	月	日生 )満( )歳
ご住所	〒					
お電話番号			緊急連絡先			
身長	Cm	体重	Kg	体温	℃	

答えを○でかこんで、空欄を埋めて下さい

1 : 本日は、どのような症状でおいでになりましたか？

(いつ頃から？)

(どのような症状で？)

2 : 本日も希望される診療科目を下記よりお選びください。

内科 ・ 心療内科 ・ 漢方内科

3 : 当院では漢方診療が可能ですが、ご興味はありますか？

はい ・ いいえ

4 : 今までにかかった病気、けが、手術はありますか？ 輸血 無・有

5：現在通院中の病院や飲まれているお薬はありますか？

※おくすり手帳ご持参の場合は受付へ提出して頂ければ記入の必要はありません。

はい・いいえ

病院の名前（ ）

お薬の名前（ ）

6：お薬や食べ物へのアレルギーはありますか？

はい・いいえ

（お薬 ）

（食べ物 ）

7：血縁の方で、次のような病気にかかれた方はいますか？

- ①高血圧 ②糖尿病 ③心臓病 ④肝臓病 ⑤腎臓病 ⑥リウマチ ⑦喘息 ⑧脳梗塞 ⑨がん  
⑩肺結核  
⑪こころの病気（ ） ⑫その他（ ） なし

上記の方の続柄：

【例:①③ 父】

8：現在妊娠の可能性ありますか？（女性の方のみ）

はい・いいえ

9：当院をどちらでお知りになりましたか？

HP ・ 情報誌 ・ 知人の紹介 ・ その他（ ）

