

問診票（新患用）

令和_____年_____月_____日

(ふりがな)

氏名 _____

生年月日 T・S・H・R 年 月 日 () 歳 男・女

住所 _____ 電話番号 (自宅) _____

(携帯) _____

体重 _____ kg *小学生以下の方のみ、ご記入ください

《今回は、どのような症状がありますか？》

発熱 最高_____℃ 来院時の体温_____℃

頭痛 のどの痛み 咳 (いつごろが多いですか?)

鼻汁 鼻づまり

食欲がない 嘔気・嘔吐 お腹の痛み 下痢 便秘

胸の痛み 息苦しさ 発疹

その他 [_____]

1 現在、治療中の病気はありますか？

高血圧 高コレステロール血症 糖尿病 ぜんそく

その他 [_____]

2 過去にかかった大きな病気 (手術など)

[_____]

3 現在、服薬されている薬はありますか？

[_____]

4 薬・注射や食べ物のアレルギーはありますか？

YES [_____]

NO

5 現在、妊娠の可能性はありますか？あるいは授乳中ですか？

YES → () ヶ月

NO

6 当院を知ったきっかけは？よろしければチェックをお願いします。(複数チェック可)

インターネット 街中の看板 電話帳の広告 周囲の方から聞いた

医療法人 木村医院