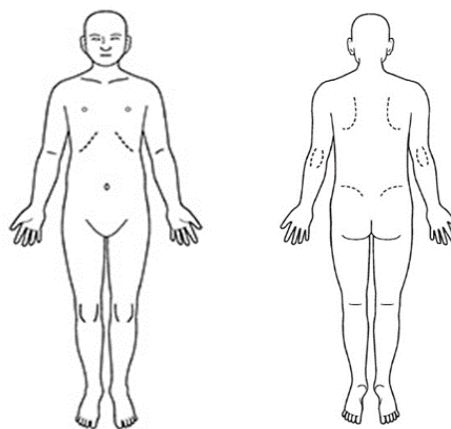


問診票

氏名 _____

来院日 年 月 日

本日はどのような症状で来院されましたか。



いつからですか。

症状のある所に○を付けて下さい。

以前に同じような症状が出た事がありますか。

いいえ はい

はいと答えられたかたにお聞きします。他の病院で治療を受けたことがありますか。

どのような治療を受けられましたか。

いいえ はい 病院名

治療内容

どのように説明を受けましたか。簡単に教えてください。

今までにかかれた病気や、手術の経験はありますか。

なし あり

ありと答えられた方にお聞きします。病名といつ頃、治療した病院を教えてください。

例) ・18歳 胆石 ○○病院 ・80歳 大腿骨頸部骨折 ○○病院

薬のアレルギーはありますか。 なし あり ()

食べ物のアレルギーはありますか。 なし あり ()

その他 (花粉症、ハウスダストなど) なし あり ()

現在治療中の病気があればチェックし、いつ頃から、どこの病院にかかられているか、教えてください。

例) 高血圧 50 歳 ○○医院

高血圧

高脂血症

糖尿病

喘息

脳梗塞

肝炎

その他 ()

現在使用しているお薬、またはサプリメントはありますか。

なし あり

お薬手帳をお持ちの方は受付までご提示ください。

お持ちでない方は分かる範囲で薬剤名をご記入ください。

薬剤名

タバコは吸われますか。

吸わない 吸う (1日 本 歳ごろから)

過去に吸っていた (歳から禁煙)

飲酒されますか。

飲まない 飲む (種類)

毎日 週に () 回 付き合い程度

女性の方のみお聞きします。

現在妊娠していますか いいえ はい (週)

現在授乳中ですか いいえ はい

月経について 規則的 不順

最終月経は 月 日 閉経 (歳)

家族構成、職業を教えてください。

例) 夫 50歳 息子25歳 20歳 娘 18歳 5人暮らし

仕事: 事務パート 会社員 専業主婦

ご記入ありがとうございました。

藤村医院