

新患問診票

フリガナ				性別	男・女
氏名					
生年月日	大正	昭和	平成	令和	年 月 日
住所	〒 -				
電話番号	携帯電話	-	-	固定電話	- -

① いつ頃からどのような症状がありますか？ 該当する症状に○をつけてください。					
月 日 頃から	痛み	胃痛・腹痛・頭痛・咽頭痛・その他()			
	お通じ	下痢・便秘・血便・黒色便			
	その他	咳・鼻水・嘔吐・吐き気・めまい・動悸・その他()			
健康診断にて精密検査		胃バリウム検査・便潜血・血液検査・その他()			
② 詳しい症状を教えてください。					
③ 現在、他院で経過観察や治療を受けている病気はありますか？					
はい・いいえ		病名()			
④ 以前に病気やケガで治療・手術を受けたことがありますか？					
はい・いいえ		()			
⑤ 該当する医療器具があれば○を付けてください。					
ペースメーカー・心臓カテーテル・動脈瘤クリップ・人工関節・その他()					
⑥ アレルギーはありますか？ 薬・食べ物・花粉など					
はい・いいえ		()			
⑦ アルコール綿や消毒でかぶれたことはありますか？					はい・いいえ
⑧ 服用している薬・サプリメントはありますか？					
はい・いいえ		※ お薬手帳があれば、先に受付にお出してください。			
⑨ (女性のみ) 妊娠・授乳中ですか？					
妊娠中(週目)・授乳中・妊活中・どちらでもない					
⑩ (お子様のみ) 熱けいれんはありますか？					
はい・いいえ		()歳、()°Cの発熱時			

ご協力ありがとうございました