

問診票

緊急連絡先

電話番号

名前

(続柄)

フリガナ

氏名

様

男 ・ 女

大 ・ 昭 ・ 平

年 月 日

才

住所 〒

電話番号

受診の前に 身長 cm 体重 kg 本日の体温 °C

- ① いつ頃からどのような症状ですか？
- ② 既往歴 これまであるいは現在以下の病気にかかっている方は○印をつけてください。
心疾患 ・ 高血圧 ・ 脳神経疾患 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病 ・ 肝、腎臓疾患
喘息 ・ 緑内障 ・ 前立腺肥大 ・ その他持病のある方 ()
- ③ 現在服用・使用中のお薬はありますか？ (抗凝固剤を含む)
なし ・ あり (薬剤名)
- ④ 今まで大きな手術を受けたことがありますか？ (出産・帝王切開などを含む)
なし ・ あり (手術名)
- ⑤ 今まで以下のような感染症と診断されたことがありますか？
いいえ ・ はい (B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 梅毒 ・ HIV(AIDS))
- ⑥ アレルギーはありますか？
なし ・ あり (食べ物・薬 ・ 花粉症) (具体的に…)
今まで麻酔による副作用は何かありましたか？ (歯科治療などを含む)
なし ・ あり (薬剤名)
- ⑦ 薬を飲んだり、注射・点滴をした後で気分が悪くなったり、発疹が出たことがありますか？
なし ・ あり (薬剤名)
- ⑧ 煙草は吸いますか？ また、お酒は飲みますか？
いいえ ・ はい *”はい”に○をした方はお答えください。
・ 煙草 (1日 本くらい) ・ お酒 (1日の量)
- ⑨ ご家族の中にガンの方はいらっしゃいますか？病名とその方の続柄を教えてください。
いない ・ いる (病名 ・ 続柄) (病名 ・ 続柄)
- ⑩ 女性の方にお聞きします。※必ずご記入ください。
*出産回数 なし ・ あり (回) *授乳中 なし ・ あり (生後 ヶ月)
*妊娠中 なし ・ あり (ヶ月) *妊娠の可能性が ある なし ・ あり
- ⑪ 当院を何でお知りになりましたか？
ホームページ ・ 広告 [バス ・ 電柱 ・ その他 ()]
・ 知人または家族 ・ その他 ()