

# 問 診 票

記入日：令和 年 月 日

職員記入欄

受付医師：中野・大室・横山・関本・川口 / 代診 紹介状：有・無 画像：有・無  
 受診理由：一般診療 交通事故(★診断書：要・不要・保留) 労災

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	年齢
氏名			大・昭 平・令 年 月 日	才
住所	〒		電話番号	自宅 ( ) - 携帯電話 ( ) -
			職業(職種)	

<p>①いつから・どこが・どのような症状でお困りですか？</p>	<p style="text-align: center;">症状がある所に○をつけてください</p> <div style="text-align: center;"> </div>
----------------------------------	--

② 喫煙歴	なし・あり ⇒ 1日 ( ) 本・喫煙期間 ( ) 年間・( ) 歳以降禁煙
飲酒歴	なし・あり ⇒ 頻度 ( )・酒の種類 ( )・飲酒量 ( )

③ これまでに治療された(治療中含む)病気はありますか？ なし・あり⇒記載をお願いします	※お薬手帳 なし・あり・忘れ ※常用薬 なし・あり
・高血圧症	・ぜんそく
・糖尿病(A1c: ___% スリッ: 無・有)	・高脂血症
・甲状腺/副甲状腺疾患 ( )	・胃炎/胃潰瘍
・腎臓病(人工透析: 無・有)	・痛風
・骨粗鬆症(治療: 無・有)	・リウマチ
■骨密度検査を希望されますか？ ⇒ いいえ・はい	・心疾患 ( )
・精神科/心療内科疾患 ( )	・脳血管疾患 ( )
	・緑内障(点眼使用: 有・無)
	・肝臓病 ( )
	・がん ( )
	・前立腺疾患 ( )
	・その他 ( )

④ 今までに手術を受けた事がありますか？	なし・あり⇒記載をお願いします
わかれば手術年月日	手術名(内容)
	受けられた病院名

⑤ 薬や注射のアレルギーはありますか？	なし・あり⇒記載をお願いします
(	)

裏面に続きます



