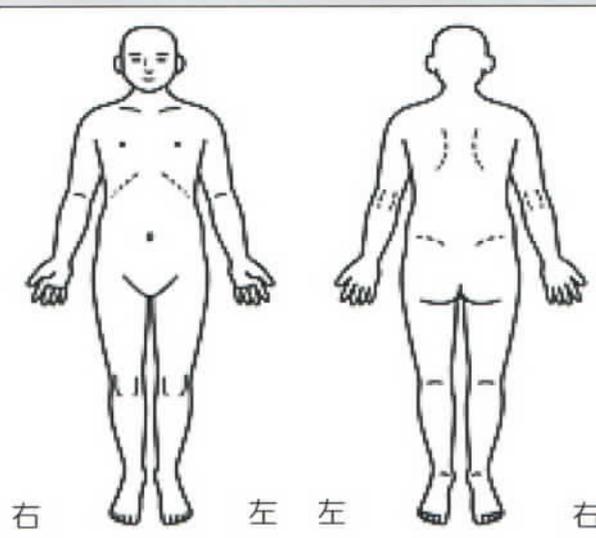


問 診 票

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・前川 / 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)	

①いつから・どこが・どのような症状でお困りですか？	症状がある所に○をつけてください
	

② 喫煙歴	なし・あり⇒1日()本・喫煙期間()年間	禁煙した時期:()歳の時
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	・高脂血症	・胃炎/胃潰瘍	・痛風	・リウマチ
・糖尿病(A1c: __% HbA1c: 無・有)	・心疾患()	・脳血管疾患()			
・甲状腺/副甲状腺疾患()	・緑内障(点眼使用:有・無)	・肝 臓 病 ()			
・腎臓病(人工透析:無・有)	・が ん ()	・前立腺疾患()			
・骨粗鬆症(治療:無・有)	■骨密度検査を希望されますか？ ⇒ いいえ・はい				
・精神科/心療内科疾患()	・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	
手術を受けた時の年齢	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

