

問 診 票

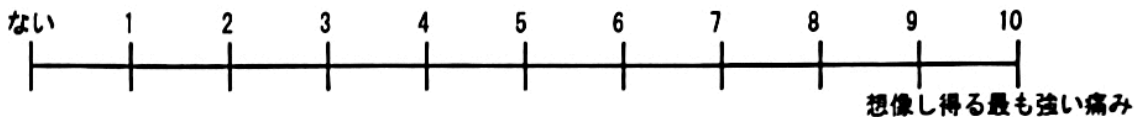
記入日 年 月 日

フリガナ お名前		生年月日	年 月 日		
		年 齢	歳	性別	男・女
ご住所	〒				
自宅電話			携帯電話		

1. 今日はどんな事がお困りですか？

1. 精神的な問題でのご相談
2. 体の痛みでのご相談
3. 精神的な苦痛と体の痛みのご相談

②、③を選ばれた方は今の痛みの程度はどれくらいですか？



2. 具体的な内容を教えて下さい。

3. その症状はいつからですか？

4. a. 今までにかかれた病気

なし
あり 糖尿病 高血圧 緑内障 心疾患（不整脈 心筋梗塞） その他： _____

b. 手術のご経験

なし ・ あり： _____

c. 現在飲まれているお薬

なし ・ あり（抗凝固薬 抗血小板薬 その他： _____ ）

5. アレルギーはありますか？

薬 なし ・ あり： _____ 食物 なし ・ あり： _____
その他： _____

6. タバコは吸いますか？ 吸わない ・ 吸う（1日に _____ 本）

7. 飲酒はされますか？ いいえ ・ はい（1日に _____ を _____ 杯・合・本くらい）

8. 紹介状はお持ちですか？ あり ・ なし

9. 自立支援医療 なし ・ あり（クリニック名変更 済 ・ 未 ）

10. ここはどのような形でお知りになりましたか？

インターネット（病院なび・EParks・ホームページ・その他）・ 通りがかり ・ 広告 ・ 看板 ・ ご紹介