

問診表

ふりがな ----- お名前	生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日	性別 男・女
ご住所 〒	連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯

当医院をお選びいただいた理由をお聞かせください。(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 知人の紹介 (ご紹介者のお名前 _____ 様) <input type="checkbox"/> 看板を見て (国道沿い看板・医院周り看板) <input type="checkbox"/> 家の近くだから <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 職場の近くだから <input type="checkbox"/> その他 (_____)
上記で“ <input type="checkbox"/> 知人の紹介”にチェックを入れられた方にお尋ねします。	<u>ご紹介された理由 (口コミ等) をお教えてください。</u> ※ご記入していただければハブラシプレゼントいたします。
今日はどうなさいましたか？ (詳しくご記入ください)	
現在、または今までの疾患についてお尋ねします。	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 癌 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳神経疾患 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝炎 (A・B・C) <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他感染症 (_____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)
かかりつけの病院、 現在通院中の病院はございますか？	<input type="checkbox"/> ある (病院名 _____) <input type="checkbox"/> ない
現在、何かお薬は飲んでいますか？ (お薬手帳をお持ちでしたらご提示ください)	
女性の方にお伺いします。 現在妊娠中、または授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> 可能性はある <input type="checkbox"/> はい (_____ カ月) <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> いいえ
アレルギーや副作用の出た薬は ございますか？	<input type="checkbox"/> はい (_____) <input type="checkbox"/> いいえ
歯の麻酔・抜歯などで具合が悪くなったことはございますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 血がとまりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血が起こった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> いいえ