

問 診 票

受診日： 年 月 日

ふりがな

大正・昭和・平成

お名前 (男・女) 生年月日 年 月 日

〒 自宅：..... ()

住所 携帯：..... ()

① 本日は、どのような症状でおいでになりましたか。またいつ頃から症状はありましたか。

② 今日までの経過で最も適当な箇所にチェックを入れて下さい。

 だんだんひどくなってくる。 あまり変わらない 日によって程度が違うが、続いている。 だんだん良くなっているが、気になる。 その他 ()

③ 現在の症状で他の医療機関で診てもらったことがありますか。 (はい ・ いいえ)

その病院ではどのような説明を受けましたか。 (病院・医院)

④ 現在、お掛かりの病気はありますか。 (はい ・ いいえ)

(病名：)

⑤ 現在、服用されているお薬はありますか。 (はい ・ いいえ)

お薬の名前はわかりますか。お薬手帳をお持ちの方はご提出ください。

(お薬名：)

⑥ 薬や食べ物などでアレルギー等の副作用を発症した事がありますか。 (ある ・ ない)

● 『ある』の場合、どのような原因でどのような症状でしたか。

⑦ 今までに病気をした事や、手術を受けた事がありますか。 (ある ・ ない)

● 『ある』の場合、いつ頃にどのような病気や手術でしたか。

⑧ 今回症状に対し希望される検査はありますか。(診療の参考にさせていただきます)

特になし ・ 採血 ・ 胃カメラ ・ 大腸カメラ ・ CT検査 ・ 腹部超音波 ・ 骨密度

⑨ 喫煙歴：吸わない ・ 吸っていた ・ 吸う 1日：_____本を_____年間

⑩ 飲酒歴：飲まない ・ 飲む(毎日 ・ _____日/週 ・ 時々) ; (何) : _____を(どれ位) _____

⑪ 当クリニックはどのように知られましたか。

・建物を見て ・ 家族・知人の紹介 ・ インターネットを見て (ホームページ ・ CT 専門サイト)

・さいたま赤十字病院からの紹介 ・ 他院からの紹介 ()

・国際興業バスのアナウンスを聞いて ・ その他 ()

⑫ 自費診療や健康診断などのご案内等のハガキまたはダイレクトメールをお送りしてもよろしいですか？

 はい ・ いいえ