

外 来 問 診 票

ID	平成 年 月 日
氏名	才 男 ・ 女
身長 cm	体重 kg ペースメーカーの有無 (あり ・ なし)

*** 今までにかかった病気、現在かかっている病気、かかった年齢**

<input type="checkbox"/> 高血圧 才	<input type="checkbox"/> 高脂血症 才	<input type="checkbox"/> 糖尿病 才	<input type="checkbox"/> 気管支喘息 才	<input type="checkbox"/> 消化器疾患 才
<input type="checkbox"/> 心疾患 才	<input type="checkbox"/> 脳疾患 才	<input type="checkbox"/> 肝疾患 才	<input type="checkbox"/> 腎疾患 才	<input type="checkbox"/> 前立腺疾患 才
<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 才	<input type="checkbox"/> 緑内障 才	<input type="checkbox"/> 事故歴 才	<input type="checkbox"/> 骨折歴 才	<input type="checkbox"/> 輸血歴 才
<input type="checkbox"/> アルギ-疾患 ・ 花粉症 () ・ アトピー性皮膚炎 () ・ 中耳炎 () ・ 副鼻腔炎 ()				
<input type="checkbox"/> その他・手術等 ()				

* 血縁関係のあるご家族に上記の疾病の方はいますか？ ()

* 現在服用中の内服薬 【 あり ・ なし 】 (お薬手帳があればご提出ください)

薬品名 ()

* 薬や食べ物によるアレルギー 【 あり ・ なし 】

薬品、食品名 ()

* 煙草を吸われますか、または過去に吸っていましたか？ 【 はい ・ いいえ 】

「はい」の方 いつごろから (才頃より)

1日何本くらい (本/日)

* 肺炎球菌ワクチン予防接種 【 あり ・ なし 】

「あり」の方 いつ接種しましたか (平成 年 月)

* 女性の方 現在妊娠の可能性 【 あり ・ なし 】 (「あり」の方 妊娠 か月)

生理中 授乳中

* 会計明細は必要ですか？ 【 はい ・ いいえ 】

* 当医院を何でご存知になりましたか？

- 通りすがり 口コミ ホームページ 電柱広告 折込みチラシ
 その他

いつごろからどのような症状でお困りですか？	来院時 体温 °C
<input type="checkbox"/> 健診 <input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> 禁煙外来 <input type="checkbox"/> フィルム・CD	