

外 来 問 診 票

ID	令和 年 月 日
氏名（カタカナで記入してください）	
才	男 ・ 女
身長 c m	体重 k g
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"/> 婦人科疾患 才	<input type="checkbox"/> アルギン-鼻炎 ・ 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 】

現在吸われている方 才から 1日 本

過去吸われていた方 才から 才まで 1日 本

又ご家族の中で吸われている方、吸われていた方はいますか？（ ）

*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	℃
<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		