**問　 診　　 票**　 　　　　　　　月　　 　日

ふりがな

**氏名**　　　　　　　　　　　　　様　**生年月日**　　　　年　　　月　　　日（年齢　　　才）

**住所**〒　　　　-　　　　　富山県　　　　　　　市　　　　　　　　　　　　　　　　　番地

（第①連絡先：続柄　　　　　　　　）

**電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯番号**

（第②連絡先：続柄　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　（第③連絡先：続柄　　　　　　　　）

**血圧**　　　 ／　　　　**脈拍** 　　　　**体温**　　　　　℃　**身長**　　　　　cm　**体重**　　　　kg

**1.　どちらで当院をお知りになりましたか？　○をつけてください。**

①家族　　②友人・知人　　③電話帳　　④近所　　⑤県道沿い看板　　⑥電柱案内板

⑦当院前を通って　⑧新聞・チラシ・テレビ　⑨インターネットのＨＰ

⑩他院で赤江医師にかかったことがある 　⑪その他（　　　　　　　）

**２.　都合の悪い所はどこですか？右の図に○印して下さい。**



**３.　いつ頃からどのような症状がありますか？**

★　簡単で結構です。詳しくは、医師にお話しください。

**４.　今までどんな病気にかかりましたか？**

　　　病　名：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　かかっていない

**５.　現在、薬を飲んでいますか？**

　　　は　い：（名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　・　いいえ

**６.　お薬手帳はお持ちですか？**（今後来院される際はお持ちください。）

　　　は　い：（1.持ってきた　　2.忘れてきた）　　いいえ：（1.作成する　　2.必要ない）

**７.　今までに身体に金属を入れるような手術を受けた事があります？**

　　　は　い　　　・　　　いいえ

**８.　嗜好品について**

　★　アルコールは飲みますか？　　　　　　　★　たばこは吸いますか？

　　　は　い（　　　　　　　　　）・いいえ　　　　は　い：（１日　　　　　本）　・　いいえ

**９.　薬のアレルギーはありますか？**

　　　は　い：（名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　・　いいえ

**10.　女性の方にお聞きします。現在、妊娠していますか。**

　　　は　い：（　　　　ケ月）　・　　いいえ　　　・　　　不明

診察の参考にいたします。ご協力ありがとうございました。　この問診表は、個人情報保護法に則り、医療行為以外の目的には使用しません。