

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。

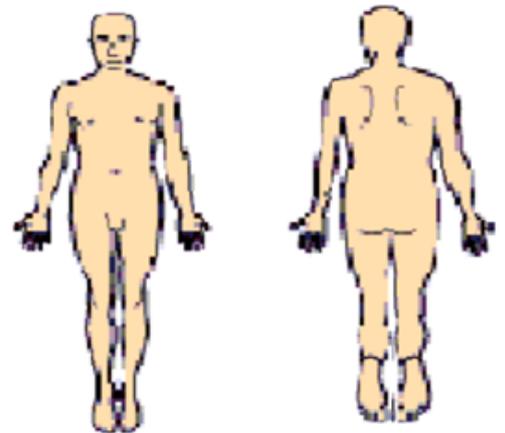
- ①家族 ②友人・知人 ③電話帳 ④近所 ⑤県道沿い看板 ⑥電柱案内板
⑦当院前を通過 ⑧新聞・チラシ・テレビ ⑨インターネットのHP
⑩他院で赤江医師にかかったことがある ⑪その他 ()

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？

★ 簡単に結構です。詳しくは、医師にお話してください。

()



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？ (今後來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か？

は い ・ いいえ

8. 嗜好品について

★ アルコールは飲みますか？

は い () ・ いいえ

★ たばこは吸いますか？

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： (月) ・ いいえ ・ 不明