

問 診 票

記入日 H 年 月 日

【ふりがな】

【生年月日】

年 月 日 (歳)

【お名前】

【性 別】 男性 ・ 女性

【同伴の方のお名前】

【続 柄】

1. 今回御相談されたいことはどんなことですか？(いつから、どのようにある、等具体的に)

2. 今回御相談された件でどちらか他の病院を受診されましたか？ (はい ・ いいえ)
受診されたことがある方は病院名を教えてください。 病院名()
本日お薬をお持ちですか？ (はい ・ いいえ)
3. 現在、病気やけがで通院中の方は病名と病院名を教えてください。
病 名 ()
病院名 ()
4. お薬で薬疹が出たり、気分が悪くなったりしたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
5. 以下の病気にかかれたことがあれば○をつけてください。
心臓病 ・ 高血圧 ・ 喘息 ・ 糖尿病 ・ その他 ()
6. 【女性の方に】現在妊娠中ですか？ (はい ・ いいえ)
7. どのような経緯でこちらを受診されることになりましたか？
インターネット ・ 看板 ・ 広告 ・ 紹介 () ・ その他()

※お呼び出しの際は、待合室でお名前をお呼びしても構いませんか？

(はい ・ いいえ)

光風会病院