

【基本問診票】

(受診日)平成 年 月 日

ふりがな

氏名 _____ (男・女) 年齢 _____ 歳

住所 _____ 電話 _____

携帯電話 _____

※ ペースメーカーが入っていますか。(入れている・入っていない)

※ 狭い所は苦手ですか(閉所恐怖症)。(はい・いいえ)

・ 現在、他の病院・医院に通院されていますか？(はい・いいえ)

「はい」の方 医療機関名 (_____)

かかっている病気を○で囲んでください。

脳梗塞・高血圧・糖尿病・高脂血症・心臓病・肝臓病・腎臓病・胃潰瘍・喘息

その他(_____)

・ 今、続けて飲んでいる薬はありますか。(はい・いいえ)

「はい」の方 お薬手帳などはお持ちですか？(はい・いいえ)

お薬の名前(_____)

・ 今までに通院や入院、手術したことがある病気はありますか。また、医療機関はどこですか？

病名 (_____) 医療機関 (_____)
なし

・ 血縁のあるご家族(故人も含む)で下記の病気になられた方はいらっしゃいますか？

脳卒中(続柄 _____) 高血圧(続柄 _____) 糖尿病(続柄 _____) 心臓疾患(続柄 _____) なし

・ 薬で副作用やアレルギーを起こしたことがありますか。(はい・いいえ)

「はい」の方 薬品名 (_____)

・ 当院は院外処方になります。かかりつけ薬局、または御希望の薬局はありますか。

(_____) 薬局

・ 当院をどのようにしてお知りになりましたか。

知人・ご家族のご紹介(お名前 _____)

バイパスの看板を見て ホームページ Facebook LINE

他院からの紹介(病院名 _____)