

市ヶ谷診療所 問診票

記入日

年 月 日

ふりがな		男・女	(才)
氏名		生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日
住所	〒 -	電話	自宅 携帯
勤務先		電話	

1	今日はどうされましたか？ その症状はいつからですか？	<input type="checkbox"/> 禁煙外来 <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸の相談 <input type="checkbox"/> 頭痛相談 <input type="checkbox"/> 動脈硬化の相談 <input type="checkbox"/> アレルギーの相談
2	現在、医師の治療を受けていたり、薬を服用していますか？	ある 病名 薬 ない
3	今までかかったり、指摘されたことがある病気に○をしてください。 高血圧 高脂血症 糖尿病 甲状腺疾患 肝臓病 心臓病 胃腸病 呼吸器病 腎臓病 がん 前立腺肥大 その他 () /何もない	
4	手術を受けたことがありますか？	ある 病名 () ない いつごろ () どこで ()
5	アレルギーの有無	食品 ・ 薬 () ない
6	お酒・たばこは一日にどのくらい飲まれますか？	毎日飲む 週 () 回 ・ 機会飲酒 たばこ () 本

アンケート：今後の参考にさせていただきますので、ご協力お願い申し上げます。

7	当院を受診されたきっかけは？	① 紹介 勧められて 紹介者 () ② インターネット・ホームページ ③ 電話帳・タウンページ ④ 近所だから ⑤ その他
---	----------------	--

女性の方へ

8	現在妊娠または授乳中ですか	いいえ・妊娠中・授乳中・妊娠の可能性がある
---	---------------	-----------------------