

DATE.

問 診 票

NO.

フリガナ		生年月日（大正・昭和・平成）		
お名前		年 月 日	歳	男・女
ご住所	〒		電話番号	

身長 _____ cm

体重 _____ kg

1. 本日はどうされましたか？いつからどのような症状が出ているか、具体的にお書き下さい。

体温 _____ °C

●海外渡航中、もしくは帰国後に上記の症状が出た方はご記入ください。

⇒（渡航期間： _____ 渡航先： _____）

2. 現在、治療中の病気はありますか？

いいえ ・ はい (病名 _____ 年齢 _____ 歳)
 (病名 _____ 年齢 _____ 歳)

3. 現在、内服している薬はありますか？

いいえ ・ はい (薬の名前 _____)

4. 過去に大きな病気やケガをされたことはありますか？

いいえ ・ はい (病名 _____ 年齢 _____ 歳)
 (病名 _____ 年齢 _____ 歳)

5. 手術を受けたことはありますか？

いいえ ・ はい (病名 _____ 年齢 _____ 歳)
 (病名 _____ 年齢 _____ 歳)

6. 輸血を受けたことはありますか？

いいえ ・ はい

7. アレルギーはありますか？

いいえ ・ はい ・ 花粉 ・ 食物 ・ ダニ ・ 動物 ・ ハウスダスト
 ・ 薬 (_____)

8. 家族（血縁者）で下記の病気にかかれた方はいますか？それはどなたですか？

・該当なし ・ 高血圧 (_____) ・ 糖尿病 (_____) ・ 結核 (_____) ・ 脳血管障害 (_____)
 ・ 甲状腺疾患 (_____) ・ 癌 (_____ 部位： _____) ・ その他 (_____)

9. 生活習慣についてお聞かせ下さい。

1) 飲酒： 飲まない ・ やめた ・ 飲む → 種類： (_____ 杯/日、 _____ 回/週)

2) 喫煙： 吸わない ・ やめた ・ 吸う → (_____ 本/日、 _____ 年間)

10. 女性の方にお伺いします。

妊娠の可能性はありますか？ いいえ はい授乳中ですか？ いいえ はい

以下はよりよいクリニックづくりのためにご回答頂ければ幸いです（○をおつけ下さい）

◆このクリニックにはどうやってこられましたか？

車で JR浅草橋駅から 都営浅草線浅草橋駅から 家から歩いて 自転車で その他 (_____)

◆クリニックを知るきっかけがありましたか？

ホームページをみて 直接建物を見た タウンページ 医療マップ 織田院長または副院長を知っていた
医療機関より紹介 親戚・知人に聞いた その他 (_____)

◆その他、ご要望ありましたらお書き下さい。

* 個人情報の取り扱いについて *

上記の内容は、当院「個人情報保護規定」により適切に管理いたします。
 当院での個人情報の利用は、掲示板でお知らせした内容に限定して利用いたします。
 検査内容は医師が必要と認めた項目で実施致します。

上記の内容を同意して診察を申し込みます

江戸通り おだ内科・皮フ科