問　診　票

No.＿＿＿＿＿　　平成　　年　　月　　日

フリガナ 氏　名		男 女	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年　月　日　歳
現住所					
電　話	（　　）		職　業		

1．いつから，どのような症状がありますか？

①　いつから　（　　）

②　症　　状　（　　）

2．現在，他の医院・病院にかかっていますか？

①　かかっている　（病名：　　，飲んでいる薬：　　）

②　かかっていない

3．今までに次の病気にかかったことはありますか？

高血圧・心臓病・糖尿病・肝臓病・ぜんそく・腎臓病・結核

胃・十二指腸潰瘍・前立腺肥大・骨粗しょう症

その他（　　）

過去に受けた手術（　　）

4．今までに薬や注射でアレルギーや副作用が出たことがありますか？

①　あ　る　かぜ薬・ピリン薬・鎮痛剤・抗生物質・食物

その他（　　）

②　な　い

5．女性の方へ：

①　現在妊娠されていますか，またはその可能性がありますか？

は　い　　いいえ　　わからない

②　現在授乳中ですか？

は　い　　いいえ

6．その他，希望事項がありましたらお書きください．

胃カメラ，大腸カメラ，腹部超音波（エコー）検査，血液検査，レントゲン，

血管年齢測定，骨粗しょう症検査，点滴をしてほしい，リハビリ希望，など

（　　）

7．もしよろしければ当院を受診された理由をお聞かせください．

①　近いから

②　家族・知人の紹介で

③　看板・電話帳・インターネットのホームページなどを見て

④　遠鉄電車の車内放送を聞いて

⑤　その他（　　）

七草ファミリークリニック

〒430-0911 浜松市新津町40-1-101

TEL.(053) 462-7793, FAX.(053) 462-7792