

医療法人慶仁会 安田医院 問診票

ご記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日	大・昭・平	
お名前		性別	年 月 日	男性 ・ 女性
ご住所	〒 _____	電話番号		
		携帯電話		

◆当院をどの様にしてお知りになりましたか？

- ・通りがかりに見かけて
- ・家族や知人から聞いて
- ・以前にかかっていた
- ・雑誌などを見て (「ぱど」 ・ 「ご近所ドクターbook」 ・ 「東大阪暮らしのガイド」)
- ・ホームページを見て
- ・その他 ()

◆本日の症状をご記入下さい

いつから？ ()

どんな症状？ 熱がある 咳が出る 鼻水が出る のどの痛み 頭痛 息苦しい 胸が痛い
お腹が痛い 下痢 吐き気 節々が痛い むくみがある 尿が近い めまい
その他 ()

◆今までにかかった大きな病気などをご記入下さい (入院・手術をされた場合など)

◆現在治療中の病気や飲んでいる薬があればご記入下さい

(ある ・ ない)

飲んでいる薬のお名前・種類

◆今までに薬、注射、食べ物などで具合が悪くなったり、アレルギー症状が出たことがありますか

(はい ・ いいえ)

具体的な名前や症状が分かればご記入下さい

◆生活習慣について

アルコール ・ 飲む 種類 () 1日の量 ()
 ・ 飲まない

たばこ ・ 吸う 1日に約 () 本
 ・ 吸わない

◆今回の受診でくわしい検査を希望されますか

(はい ・ いいえ ・ 医師の診断による)

◆女性の方におうかがいします

月経 (順調 ・ 不順) 妊娠 (している (月) ・ していない)
 授乳 (している ・ していない)

◆その他、おたずねになりたいことがあればご記入下さい