

<問診票>

記入日

		性別	年齢	生年月日			
ふりがな 名前		男・女	歳	大正	昭和	平成	令和
住所	年 月 日						
連絡先	携帯]			自宅]			

1. 今日はどうなさいましたか？

いつから……
どんな症状が……

2. 現在治療中の病気がありますか？

いいえ・はい	(治療中の病気)	(病院名)
	(治療中の病気)	(病院名)

3. 現在内服中のお薬がありますか？ **お薬手帳**をお持ちの方は受付までご提出下さい。

いいえ・はい	(薬の名前)
--------	--------

4. 下記の病気にかかった事がありますか？ ○で囲んで下さい。

いいえ・はい・不明	ぜんそく・心臓病・腎臓病・高血圧・糖尿病
-----------	----------------------

5. 入院治療や手術を受けたことがありますか？

いいえ・はい・不明	(いつ)	(病院)	(病名)
	(いつ)	(病院)	(病名)

6. 薬・注射・造影剤・食べ物(アレルギー)などで具合が悪くなったことはありますか？

いいえ・はい・不明	(食べ物・薬品名など)	(症状)
-----------	-------------	------

7. 慢性の病気・重い病気にかかっている血縁の方はいますか？ (亡くなられた方も含みます)

はい・いいえ・不明	(続柄)	(病名)
	(続柄)	(病名)

8. もし、検査の過程で『癌』と判明した場合、告知を希望されますか？

はい → <input type="checkbox"/> 進行していても <input type="checkbox"/> 治る見込みがあれば <input type="checkbox"/> 告知は家族へ	いいえ
--	-----

※女性の方へ) 妊娠中・授乳中または妊娠の可能性がありますか？ はい・いいえ
(妊娠 月 授乳中の方はお子様の年齢 歳 月)