

※検診や検査結果、お薬手帳をお持ちの方は本問診票と一緒にご提出ください。

受診日	2015年	月	日
氏名	フリガナ	性別	大正・昭和・平成 年 月 日
		男・女	
住所	〒 -	電話番号	- -
		緊急連絡先	- -
		メール	
		お勤め先 (会社名)	
現在の体温	℃	体重※1	kg
記載者の続柄 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> その他 ()			

※1: 16歳未満の方は体重を記載ください

① 当院にご来院したきっかけ、もしくは知ったきっかけは何でしたか？ (複数選択可)

ご紹介 ご家族 → ご家族の中でも ご両親 他のご家族 (続柄:)
ご友人 会社の方 病院/診療所 (病院名:)
薬局 (薬局名:) その他 ()

インターネット 病院の検索サイト (サイト名:)
当院のホームページ
 ↳ どうやって見つけましたか？
Yahoo! や Google 等で検索 (入力した言葉:)
その他 (具体的に:)
当院の紹介または院長のインタビュー記事
当院の Facebook ページ
その他 (具体的に:)

広告・看板など 森下駅改札内看板 森下駅 A4 出口付近の案内看板 暑中見舞いハガキ
当院近くを通りかかって その他 ()

② いつ頃から、どのような症状でお困りですか？

1. いつ頃からですか？ [から]

2. どのような症状ですか？

熱がある 喉が痛い 咳が出る 痰が絡む・出る 頭痛 胸痛 動悸
くしゃみ 鼻水が出る 鼻が詰まる 吐き気 嘔吐 腹痛 下痢 便秘
その他の症状 []

※上記の症状が海外滞在中や帰国後に出た場合は、渡航先を記入してください → []

③ 今までに入院をしたこと、あるいはしばらく通院した病気・けがはございますか？

いいえ はい 病名: []

④ 現在、治療中の病気はございますか？

いいえ はい 病名: []
 ↳ 薬の名前: []

⑤ 今までに、薬や食べ物でアレルギー症状（発疹、気分不快など）を起こしたことがありますか？

薬のアレルギー	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	薬の名前：{	}
		└───┬───>	症状：{	
食べ物のアレルギー	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	食べ物名：{	}
		└───┬───>	症状：{	

⑥ 喫煙・飲酒についてお伺いします。当てはまるところに☑を、枠内に数字をご記入ください。

たばこについて	<input type="checkbox"/> 吸わない	<input type="checkbox"/> 吸っていた	<input type="checkbox"/> 吸っている	1日に{ }本、合計{ }年間
アルコールについて	<input type="checkbox"/> 飲まない	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週に{ }日	<input type="checkbox"/> 月に{ }日

⑦ 緑内障の既往歴はございますか？ いいえ はい

⑧ **女性の方へ** 妊娠されている方、授乳中の方はお知らせください。

妊娠の可能性なし 妊娠の可能性あり 妊娠中（妊娠 週） 授乳中（お子さんは生後 ヶ月）

⑨ **希望者のみ** お薬の剤形に希望がございましたら、お知らせください。

特に希望なし 錠剤（粒） 粉薬（こな薬） シロップ

..... ご記入ありがとうございます。受付に提出いただき、お呼びするまで今しばらくお待ちください。.....

※当院では医療情報・検診のご案内などのお役立ち情報や、季節のご挨拶などを皆様へお送りする場合がございます。季節柄のインフルエンザの注意喚起など、知りたい情報などがございましたらご記入ください。参考にさせていただきます。なお、当院からのご連絡が不要な方はその旨、ご記載ください。

{ }