

問診票

受診日：平成 年 月 日

ふりがな				生年月日
氏名	男 女	西暦・大正・昭和・平成		年 月 日 歳
住所	〒 (職業)			
電話番号	自宅：	身長	cm	
	携帯：	体重	kg	
	その他：	体温	℃	

■現在の症状、または気になることをご記入下さい

記入欄

■輸血歴 (あり ・ なし)

■既往歴

※ありの場合、下記にご記入下さい

高血圧 (あり ・ なし)	アレルギー歴 (あり ・ なし)
糖尿病 (あり ・ なし)	
気管支喘息 (あり ・ なし)	
脳梗塞 (あり ・ なし)	副作用歴 (あり ・ なし)
高脂血症 (あり ・ なし)	
狭心症・心筋梗塞 (あり ・ なし)	
うっ血性心不全 (あり ・ なし)	その他 ()

入院・手術歴 (あり ・ なし) ※ありの場合、下記にご記入下さい

記入欄 (病院名・担当医名もご記入下さい)

記入欄 (病院名・担当医名もご記入下さい)

裏面のご記入もお願い致します→

■服用中の薬（あり・なし） ※ありの場合、下記にご記入下さい

記入欄（お薬手帳をご提示の方は未記入で構いません）

■喫煙歴（あり・なし） ※ありの場合、下記にご記入下さい

現在吸っている（1日 本、年間）

過去に吸っていた（1日 本、年間）

■飲酒の有無

1 飲まない	
2 飲む（毎日）	飲酒量：
3 飲む（週 日くらい）	飲酒量：
4 たまに飲む	飲酒量：

■ご家族の既往歴をご記入下さい

記入例：父、高脂血症、脳梗塞

■女性の方へ

これまでの妊娠歴（あり・なし）

現在、妊娠の可能性（あり・なし）

■お薬の処方がある場合、どちらを希望されますか ※いずれかに○をお願いします

1 院内処方	2 院外処方
--------	--------

※院内処方ご希望の場合でも お薬の種類や量をご用意出来ない場合 院外処方になる場合もございます。

■写真撮影の承諾について

患者誤認防止の為、顔写真の撮影のご協力をお願いしています。

写真はカルテ上に表示される以外、他の用途に使われることはございません。

撮影を（許可する・許可しない） ※いずれかに○をお願いします

■当院をどの様にお知りになりましたか

病院からの紹介	友人、知人からの紹介	ホームページ	駅看板・バス広告
横須賀共済病院からの紹介	書籍	新聞（書籍広告）	雑誌
近辺に住んでいる	講座チラシ	講座参加（月）	TV
その他	（ ）		