

豊川医院 問診票

診察の参考にするために次の質問にお答えください。記載内容は診療目的以外には使用しません。

受診日 年 月 日

ふりがな				男・女
氏名				
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (才)			
住所	〒 -			
電話番号	自宅・携帯 - -			
	体温	℃	身長 ()cm / 体重 ()kg	

本日受診することになった主な症状を教えてください。

いつから	症状		
今までにかかった病気がありますか？	ある	高血圧・高脂血症・喘息・糖尿病 痛風・肝臓病・腎臓病 狭心症/心筋梗塞・脳梗塞/脳出血・うつ病 その他()	ない
近親者で次の病気にかかった方は いらっしゃいますか？	はい	がん・脳梗塞/脳出血 高血圧・高脂血症・糖尿病 その他()	いいえ
現在内服中のお薬はありますか？	ある	()	ない
今までに薬や食べ物などで、アレルギー を起こしたことがありますか？	ある	()	ない
今までに手術を受けたことがありますか？	ある	()	ない
タバコを吸いますか？	はい	()本/日×()年	いいえ
お酒を飲みますか？	はい	量()/日	いいえ
女性の方におたずねします。 ・妊娠していますか？ ・授乳中ですか？	はい	<input type="checkbox"/> 妊娠中(予定日 年 月ごろ) <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性ある。 <input type="checkbox"/> 授乳中	いいえ
ジェネリック医薬品を希望されますか？	はい ・ いいえ		

ご協力ありがとうございました。