

問 診 票

受診日 年 月 日

ふりがな	※	身長 (cm)	体重 (kg)	血圧 (/)		
氏名	男・女※	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日 ()	才※ 職業	
住所	〒 - ※	e-メール				
		電話番号	() ※			
		緊急連絡先	() ※			

この問診票は個人情報保護法に基づき厳重に管理します。※印の欄は必ず記入してください

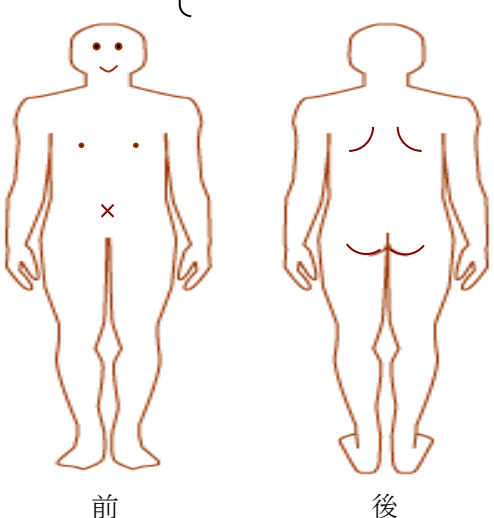
① 希望される受診科と、当てはまるものについて○をしてください

- ▶ 内科 ・ 皮膚科 ・ 整形外科 ・ 美容 ・ 歯科 ・ その他 ()
- ▶ 医科 (患者番号:)
- ・ 熱っぽい・だるい・疲れやすい・食欲がない
 - ・ 冷える・のぼせる・咳・痰・喉の痛み・鼻水
 - ・ 鼻づまり・くしゃみ・頭痛・肩こり・腰痛・関節痛
 - ・ リハビリ・その他 ()
- ▶ 歯科 (患者番号:)
- ・ 歯、歯茎が痛い・予防したい・清掃したい・歯周病
 - ・ インプラント、入れ歯、差し歯の相談をしたい
 - ・ 歯並びをよくしたい・歯を白くしたい・あごが痛い
 - ・ その他 ()

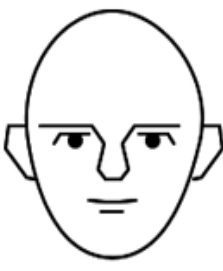
いつから 年 月 日 (朝・昼・夕・夜) ごろから

どんな具合ですか ()

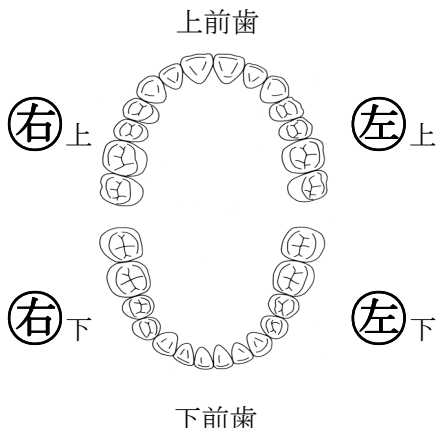
気になる所に○を付けてください



前 後



※左右逆の記入になります。ご注意ください



上前歯 下前歯

右 上 左 上

右 下 左 下

- ② 外傷の場合 ・ 交通事故 ・ 仕事中 ・ その他 ()
- ③ これまでに次の病気で治療や手術を受けたことがありますか ・ いいえ ・ はい (該当項目に○を書いて下さい。)
- ・ 高血圧・糖尿病・高脂血症・喘息・ガン・肝炎 (B型・C型)・梅毒・HIV・その他感染症 ()
 - ・ 心疾患・呼吸器疾患・脳血管系疾患・消化器系疾患・肝疾患・腎疾患・内分泌系疾患
 - ・ その他、具体的に ()
- ④ 家族に、ガン・脳卒中・高血圧・糖尿病等の方がいればお書きください ()
- ⑤ 他の病院に通院中ですか ・ いいえ ・ はい (病名:)
- ⑥ 現在お薬を飲んでいますか ・ いいえ ・ はい (内容:)
- ⑦ 薬や食べ物などのアレルギーはありますか ・ いいえ ・ はい (内容:)
- ⑧ 喫煙・飲酒の有無 ・ いいえ ・ はい (たばこ 本/日) (お酒 杯/日)
- ⑨ 女性のみ：妊娠または可能性はありますか ・ いいえ ・ はい (現在：第 週) ・ 授乳中
- ⑩ これまでの治療で、気になったこと ()
- ⑪ 当院では訪問診療を行っております。ご質問等がございましたらお書きください
- ・ 医科 ・ 歯科 ・ リハビリ科・看護 (内容:)
- ⑫ 当院を知る事になったきっかけは ・ ホームページ ・ 口コミサイト ・ 通りすがり
- ・ 家族、知人の紹介 (お名前:) ・ その他 ()

*医療法人社団永研会内での情報共有、および、必要時のみ、他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等への情報提供をすることに同意します 署名 _____