問診票（初めての方へ）

体温　　℃

フリガナ		性別	生年月日	年齢
名前		男・女	T・S・H・R　　年　　月　　日	歳
住所	〒　　－			
電話番号	自宅　　－　　－		携帯　　－　　－	

ご本人以外の緊急連絡先を教えてください。

＊今後、体調不良で来院された場合や、急ぎで検査結果をお伝えする際にご本人と連絡がとれないときなど、緊急時に使用します。

お名前（　　）

続柄（　　）、電話番号（　　－　　－　　）

本日の受診理由を〇で囲んでください（複数回答可）。

糖尿病（血糖異常を含む）、　高血圧症、　脂質異常症、　骨粗しょう症

バセドウ病　・　橋本病　・　その他甲状腺疾患（　　）

その他（　　）

現在、内服・使用中の薬はありますか　いいえ　・　はい

＜はいと答えた方＞お薬手帳など薬の情報をお持ちの方は、受付へお渡しください。

お持ちでない方は、内容が分かれば下記にご記入ください

女性の方にお尋ねします

妊娠されていますか　　いいえ・　はい（　　ヵ月）・可能性あり

現在授乳中ですか　　いいえ・　はい

ご来院のきっかけについて、該当するところに〇をつけてください（複数可）

・インターネット　　・看板　　・イオンタウン有松で見かけた

・医療機関からの紹介　　・知人からの紹介　　・その他（　　）

⇒裏面もご記入ください

今までに食べ物でアレルギーはありましたか

いいえ　・　はい（　　）

今までに薬の副作用が起きたことはありますか

いいえ　・　はい（　薬名：　　）

（症状：　　）

今までに指摘・通院・治療されたご病気や大きなケガはありますか　　いいえ　・　はい

はいと答えた方は下記もご記入ください

・病名（　　）　発症年（　　年）　手術（あり・なし）　輸血（あり・なし）

・病名（　　）　発症年（　　年）　手術（あり・なし）　輸血（あり・なし）

・病名（　　）　発症年（　　年）　手術（あり・なし）　輸血（あり・なし）

・病名（　　）　発症年（　　年）　手術（あり・なし）　輸血（あり・なし）

・病名（　　）　発症年（　　年）　手術（あり・なし）　輸血（あり・なし）

・病名（　　）　発症年（　　年）　手術（あり・なし）　輸血（あり・なし）

ご記入ありがとうございました。問診を受付までお持ちください。