

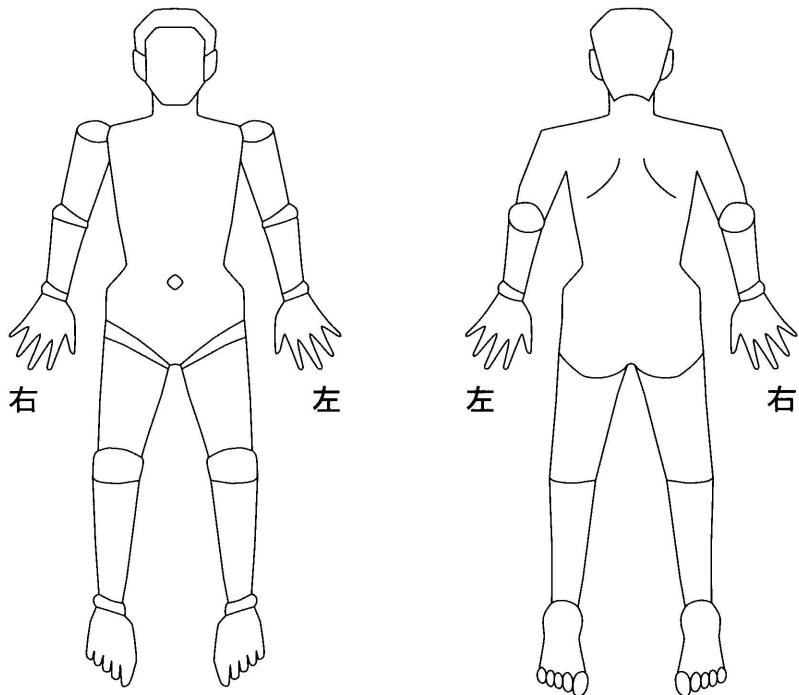
問 診 表

フリガナ		性別	生年月日	年齢
名前		男 女	明・大・昭・平 年 月 日	才
〒	住所			
電話		身長	cm	体重 kg

今日はどのような症状で来院されましたか
 痛み・しびれ・腫れ・その他
 原因：

いつから？

どこが？



現在 当院又は他院で診察を受けたり治療中の病気はありますか

→ ない

→ ある

病名をお書き下さい
 糖尿病・心臓病・脳卒中・高血圧・ぜんそく・その他

過去に 病気やケガで入院又は手術をしたことはありますか

→ ない

→ ある

病名をお書き下さい
 糖尿病・心臓病・脳卒中・高血圧・ぜんそく・その他

薬や食べ物でじん麻疹やアレルギーがでたことはありますか

→ ない

→ ある

内容をお書き下さい

日常会話が聞こえづらいことがありますか？

→ はい・いいえ

診察券に聞こえづらい事を知らせるシールを貼ってよろしいですか？

→ はい・いいえ

女性に お聞きします

→ 現在妊娠中 又は妊娠の可能性は？

→ ない

→ ある

ご記入 ありがとうございます。