

◇初めて診察を受けられる方へ◇

記入日： 年 月 日

診療と治療をスムーズに行うために、前もって患者様とご家族の方に質問をさせて頂いております。おわかりになる範囲でお書きください。なお、当院は個人情報保護法を遵守しております。

受診される方のお名前 _____

この質問紙に記入している方のお名前 _____ (患者様とのご関係：)

今日はどのようにして診察にいらっしゃいましたか？

具合が悪くなったのはいつ頃からですか？ _____年の _____月頃から

思い当たる原因があればお書きください。

以前にも同じように具合が悪くなったことがありますか？

今までに、その症状について治療を受けられたことがありましたか？

ある ない

「ある」とお答えの方は、どこでどのような治療を受けましたか？おわかりになる範囲で全てご記入ください。

_____病院に 通院した／入院した (_____年 _____月から _____年 _____月まで)

_____病院に 通院した／入院した (_____年 _____月から _____年 _____月まで)

_____病院に 通院した／入院した (_____年 _____月から _____年 _____月まで)

お酒は飲みますか？

はい（毎日 _____ を _____ くらい飲む）

時々

いいえ

タバコは吸いますか？

はい（1日 _____ 本くらい）

いいえ

シンナー、麻薬、覚醒剤などの使用経験はありますか？あるいは中毒になったことはありますか？

はい（ _____ を使用したことがある）

いいえ

薬や食べ物のアレルギーはありますか？

ある（ _____ ）

ない

女性の方におうかがいします。

月経は正常ですか？

はい

いいえ（ _____ ）

月経困難はありますか？

ある（ _____ ）

ない

現在、妊娠されていますか？

はい（妊娠 _____ ヶ月）

いいえ

趣味を教えてください。 _____

当院をどのようにしてお知りになりましたか？

他の病院（ _____ ）からの紹介

ご家族、ご友人などの紹介

インターネット

その他（ _____ ）

以上です。ご記入有難うございました。