

問診票(からだ外来)

ID : _____

ふりがな		性別	男 ・ 女
名前			
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日		
住所	〒 TEL ()		

①本日相談したいことは何ですか？

② ①について他の医療機関を受診されましたか？

はい いいえ

治療内容

③ 過去の病気(身体的、精神的 手術を含む)について教えてください。

才 _____
才 _____
才 _____

④ 現在、内服中の薬があれば薬の名前と1日量を教えてください。

⑤家族構成を教えてください(同居する家族に○)

⑥職業/職種、学校/学年をご記入ください。

⑦以下 該当するものがあれば、ご記入ください。

<アレルギー>

薬

食べ物

<嗜好品>

たばこ 1日平均() 本

禁煙した () 年前から

お酒

量 1日の量()

頻度 () 回/週

ペット

(室内 ・ 室外)

⑧現在抱えている症状が改善したら、何をしたいですか？

⑨希望する診療について以下から選択してください。

1) 保険適応内の治療のみ希望

2) 必要であれば保険適応外の治療も希望

(以下の興味のある治療に○を付けてください)

点滴療法 イオン・デトックス ドイツ振動療法

⑩希望する薬について以下から選択してください。

1) 西洋薬、漢方薬 いずれも必要であれば飲みたい

3) なるべく漢方薬を飲みたい

2) なるべく西洋薬を飲みたい

4) なるべく薬は飲みたくない

⑪当院を知ったきっかけを教えてください。

1) 友人・知人の紹介 _____ 様

4) パンフレット

2) ホームページ

5) その他 _____

3) 新聞記事