

# 問 診 票

平成 年 月 日

電話番号： \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

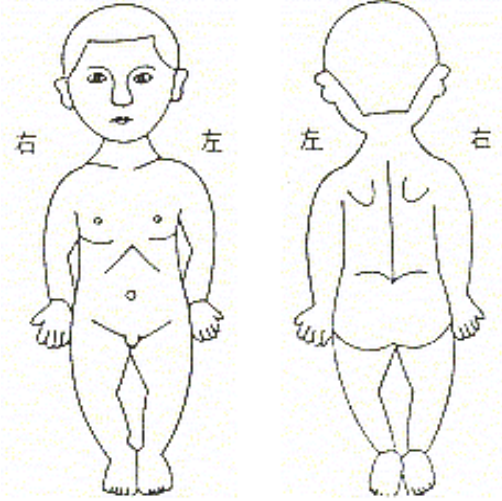
〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ (男・女) 年齢： \_\_\_\_\_ 歳 職業： \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm、 体重 \_\_\_\_\_ kg

(1) 今回受診された痛いところ・悪いところに  
しるしをつけてください (右の図に)

(2) いつ頃から悪くなりましたか  
その時の具合はどうでしたか



(3) 具合が悪くなって受診した病院とその時の病名、治療内容

年月	病院	病名	治療内容 (薬の種類も)

(4) 今飲んでいる薬の名前と量 (1日何回)

(5) 血液の流れをよくする薬、血液がつまりにくくする薬を服用していますか (ワファリ、バイスピリン など)

( なし ・ あり →薬の種類： \_\_\_\_\_ )

(6) 薬の副作用はありますか ( なし ・ あり →薬の種類： \_\_\_\_\_ )

(7) 食欲はありますか ( あり ・ なし ) (8) ストレスが多いですか ( あり ・ なし )

(9) 夜は眠れますか ( 眠れる ・ 睡眠薬で眠れる ・ 眠れない )

(10) 今までにかかった病気を教えてください

高血圧、 心臓病、 糖尿病、 肺の病気、 肝臓の病気、 腎臓の病気、 透析、 アレルギー、 喘息、 交通事故・  
目・耳・鼻の病気、 精神・神経の病気、 その他 ( \_\_\_\_\_ )

(11) 自分のことで一番相談しやすい方はどなたですか ( \_\_\_\_\_ )

(12) 当クリニックのことはどこでお知りになりましたか  
広告 (新聞、 駅、 バス、 電話帳、 回覧板)、 知人、 他病院の医師、 インターネット、 その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 領収書交付について

1. 領収書の交付は必要ない
2. 年末にまとめて交付を希望する
3. 月毎にまとめて交付を希望する
4. 毎回 (診療ごと) に交付を希望する

3. 4. の方は領収書の再交付は行いませんので、紛失しないように注意して下さい。

一度で治る病気もありますが、少し時間のかかる病気もあります。あせらず一緒に治しましょう