

問 診 票

受診日 年 月 日

ふりがな

氏名

年齢

歳 住所

〒

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 電話 ()

下記の質問にお答え下さい。

1. 今までに下記の病気にかかったことはありますか。

- | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 心臓病 |
| <input type="checkbox"/> 肝臓病 | <input type="checkbox"/> 腎臓病 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 | <input type="checkbox"/> 緑内障 | <input type="checkbox"/> その他 () |
| <input type="checkbox"/> B型肝炎 | <input type="checkbox"/> C型肝炎 | |

2. 今までに入院した病気・ケガがありましたら記入して下さい。

()

3. 今までに特定業務(放射線・有害物質・高熱物体・低温物体・病原体などを取り扱う業務)に就いたことがありますか？

- いいえ はい

4. 現在、他の病院にかかっていますか。

- いいえ はい ※「はい」の場合は、ご記入下さい

病名：

5. 現在、内服している薬がある場合はご記入下さい。お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい。

内服中の薬：

6. 現在、お身体のこと何か気になる症状やお悩みはありますか？

()

7. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか

- いいえ はい 可能性あり

授乳中ですか

- いいえ はい

現在生理中ですか

- いいえ はい

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出下さい。

神崎クリニック