

(月 日)

問 診 票

ふりがな

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 (男・女) 職業 _____

TEL _____

住所 〒 _____ 携帯 _____

緊急連絡先 氏名 _____ 続柄 _____ 連絡先 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 脈拍 _____ 拍 血圧 _____ / _____ 体温 _____ °C

① 次の質問にお答えください (該当するものに○をして下さい)

◎限度額適用認定の情報取得に同意されますか? (はい・いいえ)

・アレルギー (ある()・なし) ・飲酒(ある(本/日)・なし)

・糖尿 (ある・なし) ・喫煙(ある(本/日)・なし)

・妊娠していますか (はい・いいえ) ・授乳中 (はい・いいえ)

・今までに大きな病気にかかりましたか? (はい・いいえ)

② 本日診てもらいたい事を簡潔にご記入ください

③ いつからですか?

④ 現在他の医療機関におかかりですか? もらっているお薬があればお書き下さい。

はい・いいえ

※お薬手帳または薬剤情報提供書をお持ちの方はご提示下さい。

⑤ 現在血液を固まりにくく、サラサラにする薬を飲んでいますか?

はい・いいえ

当院を何で知りましたか?

ご協力ありがとうございました。

()

健友堂クリニック