

問診票

ふりがな

患者名

男
女

才

職業を記入してください ()

問1. 本日の来院の目的

① いつから

前頃から

② どのような症状がありますか？

問2. 現在までに次の病気にかかった事がありますか？

1. 糖尿病

2. 高血圧

3. 心臓病

4. 腎臓病

5. 肝臓病

6. 喘息

7. 脳疾患

8. 前立腺

9. 胃潰瘍

10. てんかん

11. アレルギー疾患

12. その他 ()

問3. 以前に手術を受けた事がありますか？

無

有 (病名)

問4. 今までに麻酔を受けた事がありますか？

例) 歯医者など

無

有 (病名)

※ 有に答えた方は、その時の状態はどうでしたか？

異常なし

異常あり ()

問5. 現在、常用している薬がありますか？

無

有 ()

問6. 注射、薬を飲み過敏症になったことがありますか？

無

有 (病名)

○ その薬の名前 (アスピリン、ピリン系剤、サルファ剤、ペニシリンなど) わかったら記載して下さい。

薬名 ()

問7. 現在他院にかかっていますか？

無

有 (病院名)

問8. 今までに塗り薬、貼り薬 (湿布、絆創膏など) 消毒液などでかぶれた事がありますか？

無

有 ()

問9. 女性の方のみ 現在妊娠していますか？

していない

している (最終月経

月

日頃)



医療法人社団 正風会

小林病院

〒175-0094 東京都板橋区成増 3-10-8

Tel:

www.kobayashibyoin.com

03-3930-7077