

ID:

問 診 票

〒

記入日:平成 年 月 日
ふりがな

ご住所:

氏名: 男・女

西暦

生年月日: 大・昭・平 年 月 日 (歳)

自宅TEL:

携帯:

■今回どのような症状のために受診されましたか？

<いつから> 本日 昨日 一週間以内 それ以前()

<症 状> 検診にて要精密検査 他院より紹介・転院 検診希望

気になる症状がある()

その他()

■今までにかかった病気や治療中の病気があればチェックし、いつ頃かを()にご記入ください。

高血圧(頃) 高脂血症(頃) 糖尿病(頃)
肝臓病(頃) 喘息 (頃) 腎臓病(頃)
心臓病(頃) 脳卒中 (頃) がん (頃)
結核 (頃) 肺炎 (頃) その他(病名:)

■今までに手術の経験はありますか？

なし

あり 歳 病名: 病院名: (通院・入院・手術)

■薬のアレルギーはありますか？ なし あり ()

■食べ物のアレルギーはありますか？ なし あり ()

■現在、飲んでいる薬はありますか？ お薬手帳をお持ちの場合はご提示ください。

なし あり (薬品名:)

■女性の方

妊娠している可能性はありますか？ ない ある 妊娠している 妊娠 回 出産 回
最終月経は？ 開始日(月 日) 閉経している(年前) 初経は？ 歳
現在授乳中ですか？ いいえ はい 母乳 混合 人工乳

ご記入ありがとうございました。
おおくぼ乳腺クリニック

医院記入欄: KT: BP: P: SPO2:

身長: cm 体重: kg BMI: タバコ()