

記入日 平成 年 /

フリガナ  
名前 様 年齢 才 生年月日 / /  
〒  
住所 電話番号

当医院では患者さんの病気をより正確に理解して治療に反映できるように問診票の記入をお願いしております。よろしくお願致します。

**診療科** 皮膚科

1、今日はどうなさいましたか？

2、今迄入院したことや手術したことはありますか？( ある ・ ない )

	何歳頃	病名	病院名

3、現在通院している病院はありますか？( ある ・ ない )

病院名	病名	内服薬

心臓病のある方のみお答えください。(ペースメーカー あり ・ なし )

4、今迄薬を飲んで身体にあわなかったことはありますか？

( ある ・ なし ) 症状 ( )

5、家族(血縁者)に高血圧,糖尿病,脳卒中,癌などの病気の方はいらっしゃいますか？

いる 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他 ( )  
いない

HP問診票

HT cm WT kg BT BP / mmHg