



あんしん & まごころ

問 診 票

平成 年 月 日

| | |
|---|-----------------------------------|
| ふりがな | 性別 男 ・ 女 |
| 患者氏名 | 生年月日 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳) |
| 自宅住所 〒 - 都道 府県 | TEL - - |
| 予防接種の情報等のメールマガジン配信 必要 (E-mail : @) ・ 不要 | |
| 勤務先 | 連絡先 - - |
| ■本日の症状をご記入ください | 身長 cm 体重 kg |
| ■かかったことがある病気に ○ をつけてください | |
| ① 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 高血圧 | ② 肺 ・ 気管支の病気 (喘息 ・ COPD ・ 結核) |
| ③ 心臓の病気 (狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 心房細動 ・ 不整脈 ・ 心不全) | |
| ④ 胃 ・ 腸の病気 (胃炎 ・ 胃潰瘍 ・ 十二指腸潰瘍 ・ 大腸ポリープ) | |
| ⑤ 肝臓 ・ 胆のう ・ 膵臓の病気 (脂肪肝 ・ 肝炎 ・ 肝硬変 ・ 胆石症 ・ 胆のうポリープ ・ 膵炎) | |
| ⑥ 悪性腫瘍 (癌 ・ 悪性リンパ腫) | ⑦ 脳血管の病気 (脳梗塞 ・ 脳出血) |
| ⑧ 感染症 (B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 梅毒 ・ HIV感染症) | ⑨ 皮膚疾患 (アトピー性皮膚炎 ・ じんましん ・ 乾燥肌) |
| ⑩ 甲状腺の病気 (橋本病 ・ バセドウ病) | ⑪ 心身症 ・ うつ病 ・ その他精神疾患 |
| ⑫ その他 () | |
| ■以下の質問にお答えください | |
| ① 薬や注射、食物のアレルギーはありますか？ ⇒ はい ・ いいえ ※ 「はい」の場合 (薬や食物の名前 :) | |
| ② 他院に通院中ですか？ ⇒ 通院中 (内科 ・ 外科 ・ 整形外科 ・ 皮膚科 ・ 小児科 ・ その他) ・ いいえ | |
| ③ 薬を服用していますか？ ⇒ はい ・ いいえ ※ 「はい」の場合 (薬の名前 :) | |
| ④ お酒を飲みますか？ ⇒ はい (1週間に 日程度、飲酒歴 年) ・ いいえ | |
| ⑤ 喫煙をしますか ⇒ はい (1日に 本、喫煙歴 年) ・ いいえ | |
| ⑥ 妊娠 ・ 授乳をしていますか？ ⇒ 妊娠している (ヶ月) ・ 授乳している ・ していない ※ 女性の方のみ | |

-----キリトリ-----

☆ アンケートにご協力ください ☆ ※当アンケートは結果の集計及び分析のみを目的とし、その他の目的で使用する一切ありません。

| | |
|---|---|
| Q1 何を見て来院しましたか？ (どれか一つに <input checked="" type="checkbox"/> チェック を入れてください) | |
| <input type="checkbox"/> 当院Webサイト ⇒ 何を検索に使用しましたか？ (どれか一つを○で囲む) Google ・ Yahoo! ・ それ以外 | |
| <input type="checkbox"/> 病院検索サイト ⇒ どのサイトですか？ (どれか一つを○で囲む) | |
| 病院なび ・ QLife ・ Caloo ・ Yahoo!ココ ・ ウィメンズパーク ・ ここカラダ ・ ドクターズファル ・ その他 | |
| <input type="checkbox"/> 家族がかかっている <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> ティッシュ <input type="checkbox"/> その他 | |
| Q2 当院までの距離 <input type="checkbox"/> 5分以内 <input type="checkbox"/> 15分以内 <input type="checkbox"/> それ以上 | Q3 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| Q4 ご職業 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 | |
| Q5 年齢 <input type="checkbox"/> ~10代 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代 <input type="checkbox"/> 70代~ | |