

問 診 票

下記の質問に正確に記入願います

年 月 日記入

お書きいただいた情報は当院における治療目的以外には用いません。不足なくお書きください。

ふりがな 氏名	男 ・ 女	歳 年 月 日生	血液 型	型	紹介 者	様
住所	〒 - 自宅電話 ()		勤 務 先	電話 ()		
日中に連絡の取れる 電話番号			※携帯電話は緊急連絡等に使用いたします			
どうなさいましたか						
麻酔の注射や歯を抜いたりして何か異常はありませんでしたか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 気分が悪くなる <input type="checkbox"/> 大量の出血 <input type="checkbox"/> 貧血になった (具体的に)			
薬や食べ物などのアレルギー、特異体質などはありませんか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→	(原因)			
現在、通院中の病院はありますか また、薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→	(病名) (医院名/医師名) (薬剤名)			
過去に入院、手術、輸血の経験はありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 輸血 _____年前ごろ、病名			
内科的な病気はありませんか。または過去にかかったことはありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 高血圧 () <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 低血圧 () <input type="checkbox"/> 胃腸・腎疾患 <input type="checkbox"/> エイズ <input type="checkbox"/> 肝炎 (A・B・C・他) <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 糖尿病 () <input type="checkbox"/> 脳神経疾患				
女性の方へ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 妊娠	ヶ月	<input type="checkbox"/> 産後	ヶ月	
治療方法のご希望は	<input type="checkbox"/> 全て保険の範囲内で治療したい <input type="checkbox"/> 場合によっては自費でも構わない (話を聞きたい) <input type="checkbox"/> 最もよい材料と方法で治療したい (保険、自費治療問わず)					
その他、要望などがありますか						