

初 診 問 診 票

年 月 日

フリガナ				
お名前			性別	男 ・ 女
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日 (才)
ご住所	〒			
電話番号	()			
携帯電話番号				
勤務先名			所在地	市

いつからどのような症状ですか。

[(体温)]

肛門の症状がある方は、下記にご記入ください。

- | | |
|-------------------|-------------------|
| ◇ 脱 肛 (ある ・ ない) | ◇ は れ (ある ・ ない) |
| ◇ 痛 み (ある ・ ない) | ◇ 分泌物 (ある ・ ない) |
| ◇ かゆみ (ある ・ ない) | ◇ 出 血 (ある ・ ない) |
| ◇ その他 () | |

現在医師の治療を受けたり、服用している薬がありますか。(ある ・ ない)
()

以前にかかった病気があればお書きください。

[]

今までにショックやアレルギーを起こしたことがありますか。(ある ・ ない)
ある方は何が原因ですか。()

緑内障はありますか。(ある ・ ない)

現在、喫煙はされますか。(する → 本/日<喫煙歴 年> ・ しない)

お酒は飲まれますか。(のむ → 少 ・ 多く1日平均約 ml) ・ のまない)

男性の方：前立腺肥大はありますか。(ある ・ ない)

女性の方：現在妊娠している可能性はありますか。(ある ・ ない ・ わからない)

当院をお知りになった理由をお聞かせください。	
1. 先生の紹介で (先生)	
2. 知人に聞いて (さしつかえなければお名前をご記入ください)	
ご近所 ()	
職 場 ()	
その他友人 ()	
3. 看板を見て	4. 電話帳を見て
5. ホームページを見て	6. その他 ()