

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)

お酒は飲されますか。(のむ → 少 ・ 多 < 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 () |