

問診票・診療申込書

2015年	月	日	ID			
-------	---	---	----	--	--	--

フリガナ			職業	<input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 会社役員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 無職	
氏名	様			<input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 年金受給 その他 ()	
住所	〒				
生年月日	西暦	年	月	日 (歳)	勤務先
電話番号	-	-	-	-	携帯電話
メールアドレス	@			<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚 (子供 人)	

身長	cm	体重	kg	血液型	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB
----	----	----	----	-----	--

■下記の内容についてお聞かせ下さい。

■ 過去に大きな病気やケガ、手術の経験はありますか？	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り (病名:)
■ 現在治療中の疾患はありますか？	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り (病名:)
■ 現在常用している薬はありますか？	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り (病名:)
■ 薬・食べ物・花粉などでアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り (病名:)
■ 心臓が悪いと言われたことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
■ 高血圧と言われたことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
■ 糖尿病と言われたことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
■ 肝臓が悪いと言われたことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
■ 腎臓が悪いと言われたことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
■ 網膜色素変性症と言われたことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
■ 朝勃ちはしますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
■ 射精は可能ですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
■ お酒は飲めますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
■ バイアグラを服用したことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
■ レビトラを服用したことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
■ シアリスを服用したことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
■ 当院を何でお知りになりましたか？ (複数回答可)	<input type="checkbox"/> テレビCM <input type="checkbox"/> ラジオCM <input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> 雑誌 <input type="checkbox"/> ご紹介	
<input type="checkbox"/> ホームページ	<input type="checkbox"/> 公式サイト <input type="checkbox"/> Yahoo <input type="checkbox"/> Google (その他:)	
■ その他、問診・処方を受けるうえで、ご不安な事やお聞きになりたい事、ご相談事項がございましたらご記入ください。		