

問 診 票

平成 年 月 日

フリガナ
氏 名 _____ 男・女 明・大・昭・平 年 月 日 生 _____ 歳

住 所 〒 _____

電話番号 (_____) _____ 職業 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ °C 血圧 _____ 脈拍 _____

☆ 診察の参考にいたしますので、次の事項についてご記入をお願いします ☆

1. 今日はどうなさいましたか？（主なものに○をつけて下さい）

発熱 頭痛 のどの痛み せき たん おなか痛 はきけ もどす しんどい めまい
胸の痛み じんましん 発疹 血圧が気になる 健康診断で異常を指摘された
その他(_____)
健康診断を希望する 予防接種を希望する

2. それはいつ頃からですか？

きのう きょう (_____) 日前 (_____) 週間前 (_____) ヶ月前

3. 今までに下記の病気にかかったり、治療を受けたことがありますか？○で囲んでください。

ある 高血圧 心筋梗塞 狭心症 不整脈 高脂血症 糖尿病 脳梗塞 心臓病
肝臓病 腎臓病 癌(部位をご記入下さい _____) その他(_____)

4. 現在服用している薬はありますか？

ある 服用している薬の名前(_____)
ない

5. 今までに食べ物や薬を飲んでアレルギーを起こしたことがありますか？

ある (具体的にご記入ください: _____)
ない

6. ご家族の方で下記の病気にかかったり、治療を受けたことがありますか？(できれば続柄をご記入下さい。)

ある 癌(部位をご記入下さい: _____) 高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病
その他(_____)
ない

7. 女性の方にお聞きします。

現在、妊娠していますか？あるいは妊娠の疑いがありますか？○で囲んで下さい。

ある ない わからない 現在授乳中

8. たばこは吸われますか？

吸う(_____ 年間) _____ 本/日 吸わない 以前は吸っていた

9. アルコールは飲まれますか？

飲む(1日どれくらいですか？ _____) 飲まない

10. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

駅看板 チラシ 家族・知人の紹介 他院からの紹介 ホームページ 近所 その他(_____)

11. その他要望がありましたらご記入下さい。

[_____]