

# 問 診 票

ふりがな		男 ・ 女	生年 月日	昭和・平成・令和		
お名前				年	月	日
住所	〒 —					
TEL	携帯番号	—	—	自宅電話 (	)	—
身長	cm	体重	kg	体温	℃	

1. 本日は、どのようなことで来院されましたか？

どのような症状がありますか？ 該当するものを○で囲んでください

熱がある    のどの痛み    咳・痰    息苦しい    吐き気・嘔吐    息切れ・動悸  
めまい    腹痛    下痢    鼻水    頭痛    むくみ  
血圧が高い    体がだるい    食欲がない

検診で異常を指摘された(項目 ) その他 ( )

それは、いつから 月 日 ( ) 頃から ( 日前から)

2. 今までにかかった病気や治療中の病気はありますか？

ない ・ ある (該当するものを○で囲んでください)

高血圧 ( 才頃)    高脂血症 ( 才頃)    狭心症 ( 才頃)    糖尿病 ( 才頃)

不整脈 ( 才頃)    心筋梗塞 ( 才頃)    脳梗塞 ( 才頃)    がん ( 才頃、部位 )

その他 (.....)

現在通院中、または服用しているお薬についてお答えください。

通院中    ない ・ ある (医療機関名: .....) )

服薬    ない ・ ある (薬剤名: .....) )

3. 煙草はすいますか？    いいえ ・ はい (1日 本 年間) ・ 禁煙した ( 才)

アルコールは飲みますか？    いいえ ・ はい (1日 ml/杯/本 ・ 何を )

4. 血縁の方に病気があればチェックしてください。

高血圧    糖尿病    肝臓病    心臓病    腎臓病    がん (部位 )    その他 ( )

5. 薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか？

ない ・ ある (薬剤名: .....食品名: .....) )

6. 女性の方へ    現在妊娠されてますか？    はい ( ヶ月) ・ 可能性あり ・ いいえ

現在授乳中ですか？    はい ・ いいえ

7. ご意見ありましたら、ご記入ください。

.....

※ ご記入が終わりましたら、受付へご提出ください。