

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	〒 ー							
TEL	携帯番号	ー	ー	自宅電話 ()	ー			
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。