

問診票

フリガナ				性別	男・女
お名前				年齢	才
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	電話番号
住所	〒			緊急連絡先	続柄()
身長	cm	体重	kg	体温	℃

● いつから、どのような症状がありますか？ _____頃より

熱がある せき タン 鼻水 鼻づまり のどが痛い 頭が痛い
 関節が痛い 吐き気 嘔吐 お腹が痛い 下痢 便秘 食欲がない
 便に血がまじる 息が苦しい 胸が痛い ドキドキする 血圧が高い
 めまい 手足のしびれ

その他具体的に

* 健診結果・採血結果などのデータを持っていますか？ はい・いいえ

● 今回の症状で当院を受診される前に、他の医療機関を受診されましたか？

() 病院・医院・診療所

● 現在あるいは今までに、次の病気にかかったことがありますか？(あれば○をつけてください)

高血圧 高脂血症 糖尿病 不整脈 心臓病
 脳梗塞・脳出血 喘息 肝臓病 肺炎・その他()

* 血圧手帳を持っていますか？ はい・いいえ

● 現在お飲みになっている薬はありますか？(お薬手帳を持っていますか？ はい・いいえ)

薬の種類・名前 _____

その他サプリメント _____

● 薬や食品にアレルギーはありますか？ 有()・無

● 喫煙・飲酒はされますか？ はい(たばこ 本/日・お酒 週 回)・いいえ

● 妊娠の可能性はありますか？(女性の方のみ) はい・いいえ

授乳中ですか？(女性の方のみ) はい・いいえ

● ご家族(血縁者)に次の病気をお持ちの方はいらっしゃいますか？

遺伝性疾患 糖尿病 心臓病 脳梗塞 肝臓病
 肺疾患 喘息 関節リュウマチ がん その他()

● その他、特に医師に知らせたいこと、聞きたいこと、ご希望等がありましたらお書きください。

● 当クリニックをお知りになった契機は何ですか？(複数回答でもかまいません)

・近所に在住(通勤・通学路) ・インターネット(ホームページ) ・新聞雑誌など
 ・広告(駅・バス・電柱広告など) ・他の医療機関からの紹介 ・知人の紹介()
 ・その他()

● 領収書以外に発行する明細書は、ご入用ですか。 要る ・ 要らない