

問 診 票

平成 年 月 日

フリガナ		男・女	生 年 月 日	
氏 名			大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)	
住 所	〒	身長	体 重	
	電話番号 (- -)	cm	kg	

◆ 今日はどんな症状で受診されましたか。☑ でお答えください。

- | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 熱がある (°C) | <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> 鼻水 | <input type="checkbox"/> のどの痛み | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 胸痛 | <input type="checkbox"/> 動悸 | <input type="checkbox"/> 息切れ | <input type="checkbox"/> 不整脈 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 | <input type="checkbox"/> 食欲不振 | <input type="checkbox"/> 体重減少 | <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> 腹痛 |
| <input type="checkbox"/> はき気・嘔吐 | <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 血便 | <input type="checkbox"/> 肛門 |
| <input type="checkbox"/> 乳腺、甲状腺 | <input type="checkbox"/> ケガ、皮膚 | <input type="checkbox"/> CT 検査希望 | <input type="checkbox"/> 健診異常 | <input type="checkbox"/> 健康診断希望 |
| <input type="checkbox"/> 自費診療 | <input type="checkbox"/> その他 () | | | |

◆ 症状はいつからですか？ ()

◆ 現在治療中または過去に指摘された病気はありますか？ ※ () には発見時の年令を記入

- | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高 血 圧 (才) | <input type="checkbox"/> 高脂血症 (才) | <input type="checkbox"/> 糖尿病 (才) | <input type="checkbox"/> 狭心症 (才) |
| <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 (才) | <input type="checkbox"/> 不 整 脈 (才) | <input type="checkbox"/> 腎臓病 (才) | <input type="checkbox"/> 脳卒中 (才) |
| <input type="checkbox"/> 痛 風 (才) | <input type="checkbox"/> 肝 臓 病 (才) | <input type="checkbox"/> 喘 息 (才) | <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 (才) |
| <input type="checkbox"/> 癌 (才) | <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 | <input type="checkbox"/> 緑 内 障 | <input type="checkbox"/> その他 () |

◆ 現在通院中の病院名 ()

◆ 現在内服中の薬 (お薬手帳 あり なし)

◆ 苦手なお薬はありますか？ なし あり (カプセル 錠剤 粉薬 水薬 坐薬)

◆ 家族・親族に次の病気はありますか？ ※ () には母、祖父などを記入

- | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 () | <input type="checkbox"/> 高血圧 () | <input type="checkbox"/> 高脂血症 () | <input type="checkbox"/> 心臓病 () |
| <input type="checkbox"/> 肝臓病 () | <input type="checkbox"/> 癌 () | | |

◆ 今までアレルギー・特異体質といわれたことがありますか？

- なし あり(薬: 食品: その他)

◆ 飲酒・喫煙 (1日) 飲まない・飲む (合) 吸わない・吸う (本) (年間)

◆ 女性の方のみお答え下さい。 妊娠中 授乳中 生理中

◆ 当院にいらしたきっかけを教えてください。

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 近所 | <input type="checkbox"/> 知人の紹介 | <input type="checkbox"/> 他院より紹介 | <input type="checkbox"/> ホームページ |
| <input type="checkbox"/> 看板・広告 | <input type="checkbox"/> 口コミ | <input type="checkbox"/> その他 () | |

◆ その他に何かご心配、ご不明なことがあればご自由にお書きください。