

問 診 票

受付時体温； _____℃

記入日 年 月 日

フリガナ

氏名： _____ 男・女 生年月日： ____ / ____ / ____ 年齢： ____ 歳

〒 _____

住所： _____

電話番号： _____ (_____) 携帯： _____ (_____)

★本日はどのような症状で来院されましたか？当てはまる項目にチェックしてください。

風邪の症状： 発熱 頭痛 のどの痛み せき たん 鼻水お腹の症状： 腹痛 吐き気・おう吐 下痢 便秘 血便 肝機能が悪い検査希望：胃カメラ、大腸カメラ、腹部エコーその他の症状： 食欲不振 倦怠感 息苦しい 血圧が高い めまい・ふらつき胸が痛い 動悸がする その他 (_____)健康診断、二次健診の相談： 健診希望 精密検査希望 健診結果の相談

★今までにかかったことのある病気があればチェックし、何歳頃かを記入してください。

喘息 (_____ 歳) 高血圧 (_____ 歳) 肝臓病 (_____ 歳) 腎臓病 (_____ 歳)糖尿病 (_____ 歳) 脳卒中 (_____ 歳) 心臓病、狭心症、心筋梗塞 (_____ 歳)がん(病名： _____)(_____ 歳)その他(病名： _____)(_____ 歳)★現在治療中の病気はありますか？ いいえ はい

(_____)

★現在内服している薬がありますか？(サプリメントも含む) いいえ はい

※お薬手帳のある方は記載不要です。

(_____)

★アレルギーはありますか？(必ず記入してください) いいえ はい薬 (_____)食べ物 (_____)★たばこを吸いますか？ いいえ はい (一日 ____ 本 約 ____ 年間； _____ ~ _____ 才)★アルコールを飲みますか？ いいえ はい (毎日 週に3~4回 時々)

★ご家族(祖父母、父母、兄弟姉妹、子供)で次の病気にかかったことがあれば、どなたか記入してください。

がん (_____) 高血圧 (_____) 心臓病 (_____) 糖尿病 (_____)

脳卒中 (_____) 肝臓病 (_____) その他 (_____)

★現在、妊娠中ですか？ いいえ はい (_____ ヶ月) わからない現在、授乳中ですか？ いいえ はい (_____ ヶ月)

★当院をどちらでお知りになりましたか？

・当院HP ・インターネット(ドクターズ・ファイル、caloo、病院ナビ) ・知人の紹介 ・その他 (_____)

★その他、ご相談したいことがございましたら、ご記入ください。