

問診票



下記について記入、又は○で囲んでください。もしご不明な点がありましたら、窓口でお聞きください。より良い診察を適切に行うためですので、お分かりになる範囲でご記入をお願いします。

ふりがな				来院された	
お名前			女	きっかけは何ですか？	
			男	<input type="checkbox"/> ネット・ブログを見て	
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日	才
ご住所	<input type="checkbox"/> 知り合いからの紹介 () 様				
	<input type="checkbox"/> 家族・親戚の紹介 () 様				
<input type="checkbox"/> たまたま通りかかって					
<input type="checkbox"/> 近所なので					
電話番号：	携帯番号：			<input type="checkbox"/> 電話帳・広告	
				<input type="checkbox"/> その他 ()	

1) 今日はどのような症状でおいでになりましたか？

症状： それはいつ頃からですか？	本日の体温 _____ 度
-------------------------	---------------

2) 現在その症状以外に下記の症状はありますか？(ある ない) ある場合はその症状を○で囲んでください。

発熱 頭痛 関節痛 咳 たん 息苦しさ 胸痛 動悸 不整脈 めまい 体重減少 食欲不振
吐き気 嘔吐 みぞおちの痛み 下腹部痛 下痢 黒色便 下血 口渇 体のだるさ 不眠 外傷
医療相談 (ダイエット・ED・AGA等) 介護申請のため 禁煙外来 健康診断 その他()

3) 現在、他の科や他の病院にかかっていますか？(ある ない)、ある場合は、具体的に記入してください。ある場合は、病名と飲んでいる薬の名前がわかれば書いてください。

病名: _____ 薬の名前: _____

4) 今までに、薬のアレルギーはありましたか？(ある ない) ある場合には、その薬の名前を書いてください。

薬の名前:

5) 喘息、花粉症などのアレルギーの病気がありますか？(ある ない) ある場合には、その病名を書いてください。

病名:

6) 生活習慣についておたずねします。

お酒を飲みますか？ (いいえ はい)

タバコを吸いますか？ (いいえ はい) 本/日

生理(順 不順 閉経 生理中) 妊娠(していない している しているかもしれない)