

問診票

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日
氏名		性別・年齢	男・女			歳
住所	〒					
電話番号	自宅：		携帯：			

1. 来院目的を教えてください

病気の相談治療 他医療機関からの紹介 医療機関をかえたい

予防接種の希望 健康診断の希望 その他 ()

2. 持参書類はありますか？ なし 紹介状 健診結果 お薬手帳 その他 ()

3. 相談事項 (※ 紹介状持参の方はご記入不要です。)

① いつ頃からですか？ 本日 () 時から () 日前 () 週前 () ヶ月前 () 年前

② どんな症状ですか？

糖尿病の相談 甲状腺の相談 血圧の相談 脂質異常(コレステロール・中性脂肪) 尿酸値が高い

健康診断での異常の指摘(指摘された項目：)

花粉症の相談 頭の痛み 背中での痛み 手足の痛み 腰の痛み 排尿時の痛み 便秘 頻尿

めまい 眠れない 体重が減った その他 ()

下記症状については 車内・感染対策室にて診療を行うことがあります、予めスタッフにお申し出下さい

発熱 のどの痛み 鼻水 咳・たん 味覚・嗅覚の低下

吐き気 下痢 お腹の痛み 胸の痛み 動悸 息苦しさ 強いだるさ

相談事項につき具体的にご記入下さい

4. 現在治療中の病気は？

なし あり

病名 ()

病院名 ()

5. 現在飲んでいる薬・サプリ

なし あり

薬のなまえ (※お薬手帳持参の方は記入不要です。)

6. 過去の大きな病気・手術

なし あり

病名 ()

手術 ()

7. 薬・食べ物のアレルギー

なし あり

薬や食べ物のなまえ

8. タバコ・お酒について教えてください

喫煙 : 吸わない 吸う (本/日 × 年間) 禁煙した (年前から)

飲酒 : 飲まない 飲む 週 () 日 種類・量 ()

9. 妊娠・授乳中ですか？

(女性の方のみの質問です)

妊娠: いいえ 可能性あり はい (カ月)

授乳: いいえ はい

裏面に続きます

裏面に続きます

裏面に続きます

