

月 日

問診票

体温 °C

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。	
<input type="checkbox"/> 病気の相談治療 <input type="checkbox"/> 他医療機関からの紹介 <input type="checkbox"/> 医療機関をかえたい <input type="checkbox"/> 診てもらっていた <input type="checkbox"/> 予防接種希望 <input type="checkbox"/> 健康診断希望 <input type="checkbox"/> その他 ()	
2. 持参書類はありますか？	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> 健診結果 <input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 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？	
<input type="checkbox"/> 糖尿病が心配 <input type="checkbox"/> 甲状腺が心配 <input type="checkbox"/> 血圧が高い <input type="checkbox"/> 脂質の異常が心配 <input type="checkbox"/> 尿酸値が高いことが心配 <input type="checkbox"/> 肥満が心配 <input type="checkbox"/> 禁煙したい <input type="checkbox"/> 健康診断での異常の指摘 (指摘された項目：) <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咳・たん <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 味覚や嗅覚の低下 <input type="checkbox"/> 強いだるさ <input type="checkbox"/> 胸の痛み <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 頭の痛み <input type="checkbox"/> 背中 of 痛み <input type="checkbox"/> 手足の痛み <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> お腹の痛み <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 腰の痛み <input type="checkbox"/> 排尿時の痛み <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 体重が減った <input type="checkbox"/> その他 ()	
4. 現在治療中の病気は？	病名 ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	病院名 ()
5. 現在飲んでいる薬・サプリ	薬のなまえ (※お薬手帳持参の方は記入不要です)
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
6. 過去の大きな病気・手術	病名 ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	手術 ()
7. 薬・食べ物のアレルギー	薬や食べ物のなまえ
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
8. タバコ・お酒について教えてください	
喫煙： <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (本/日 × 年間) <input type="checkbox"/> 禁煙した (年前から)	
飲酒： <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む 週 () 日 種類・量 ()	
9. (女性の方のみの質問です。)	妊娠： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり (ヵ月)
妊娠・授乳中ですか？	授乳： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

裏面に続きます 裏面に続きます 裏面に続きます

