

# 問診票

ID: \_\_\_\_\_

記入日: 年 月 日

フリガナ			<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/>
お名前	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	年 月 日 ( 歳)
ご住所	〒	自宅電話	
		携帯電話	

該当する項目  チェック を付けてお答えください。

症状はいつからですか？	<input type="checkbox"/> 今日初めて <input type="checkbox"/> ( ) 日前から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ずっと前から		
今日はどうされましたか？	風邪症状	<input type="checkbox"/> 発熱(最高 _____℃現在 _____℃) <input type="checkbox"/> のどが痛い <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> 鼻水(透明・黄緑色)が出る <input type="checkbox"/> 咳がでる <input type="checkbox"/> 痰がでる(透明・黄緑色)	
	腹部症状	<input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 胃の調子が悪い <input type="checkbox"/> 食欲が無い	
	胸部症状	<input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 胸が苦しい <input type="checkbox"/> 圧迫感 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 不整脈(脈の乱れ)	
	皮膚症状	<input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み	
	その他症状	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> 血圧が高い <input type="checkbox"/> 膀胱炎 <input type="checkbox"/> 花粉症	
	その他	<input type="checkbox"/> 健診の再検査 <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 診断書等	
※上記の症状に当てはまらない場合等はこちらへご記入ください			
1ヶ月以内に海外渡航 されましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	※「はい」とお答えの方 国名と滞在日数をご記入ください 国名( ) 滞在日数( )	
現在治療中の病気、 または 過去に治療を受けた 病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※「ある」とお答えの方 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他( ) ・通院中の病院名( )	
飲んでいる お薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※「ある」とお答えの方 ■お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください 薬品名:	
お薬や食品でアレルギー がでたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※「ある」とお答えの方 薬品や食品名	
手術をされたことは ありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※「ある」とお答えの方 いつ頃( ) 病名( ) 病院名( )	
生活習慣について お聞きます	・タバコ <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 吸っていた 1日約 _____本 _____歳から _____歳まで・今でも ・お酒 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む週 _____回程度 お酒の種類 _____量 _____ml前後		
ご家族の既往歴について お聞きます	※父母・兄弟姉妹がかかった疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 癌 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> その他:		
女性の方へ	<input type="checkbox"/> 生理中 <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> 該当なし		

ご記入ありがとうございました。

診療の内容によって呼び出しの順番が前後することもございますのでご了承ください。