

# 問診票



記入日 平成 年 月 日

診察券番号 \_\_\_\_\_

|       |           |   |       |        |   |    |
|-------|-----------|---|-------|--------|---|----|
| フリガナ  |           |   |       |        |   |    |
| お名前   | (男・女)     |   |       |        |   |    |
| 生年月日  | T / S / H | 年 | 月     | 日      | ( | 歳) |
| 住所    | 〒         |   |       |        |   |    |
| 電話番号  | 自宅        | - | -     | 携帯     | - | -  |
| 緊急連絡先 | -         | - | 続柄( ) | お名前( ) |   |    |

## ■ 今日は、どうされましたか？

- 診察希望 ( 症状がある ・ 健康診断で異常と言われた ・ 他院から移りたい ・ その他 )  
 予防接種 ( インフルエンザ ・ 肺炎球菌ワクチン ・ その他: )  
 診断書希望 ( )  
 相談したい ( )

## ■ どのような症状がありますか？ あてはまる症状にチェックをつけてください。

- 体がだるい (しんどい)     発熱 ( ) °C     鼻水     鼻づまり     くしゃみ  
 のどの痛み     せき     たん  
 頭痛     腹痛     胃痛     胸痛  
 はきけ     おうと     下痢     便秘  
 どうき     息切れ  
 むくみ ( 場所 : まぶた ・ 手 ・ 脚(ふともも ・ すね) ・ 足の甲 ・ その他: )  
 しびれ ( 場所 : 顔 ・ 腕 ・ 脚 ・ その他 : )  
 その他 ( )

## ■ 症状はいつごろから始まり、続いているですか？

- ( ) 時間前     ( ) 日前     ( ) ヶ月前     不明  
症状が  続いている     治まったり、悪くなったりする

裏面に続く

■ 現在、治療している病気がありますか？ 服用している薬はありますか？

- なし

高血圧症     糖尿病     コレステロール血症     心臓病

ぜんそく     緑内障     前立腺肥大症     骨粗鬆症

その他 ( )

★現在飲んでいる薬があれば、お薬手帳または薬剤情報提供書をご提出ください。

お薬手帳がない場合は、分かる範囲でご記入ください。

■ 今までに、大きな病気・入院・手術をされたことはありますか？

- なし

脳梗塞     心筋梗塞     狹心症     肝臓病     腎臓病     ぜんそく

肺炎     結核     白内障     その他 ( )

がん ( どの部位 : 現在治療 : あり ・ なし 医療機関名 : )

手術を受けたことがある

(部位 : いつ : どのような手術 : )

(部位 : いつ : どのような手術 : )

■ 薬や注射、食べ物のアレルギー(気分不良やじんましんが生じる)はありますか?

- なし       あり (内容 : )

■ 生活習慣について、お答えください。

飲酒  しない  する（毎日・ほぼ毎日・ときどき）

喫煙  吸わない  吸っている（\_\_\_\_\_年前から 本程度/日）  吸っていた（\_\_\_\_\_以前から 本程度/日）

■ 女性の方のみ、お答えください。

□ なし □ あり（規則的・不規則）

現在、妊娠している可能性がありますか？  はい  いいえ

現在、授乳中ですか？  はい  いいえ

## ■ 当院をどのように知りましたか？

- 知人からの紹介     たまたま前を通って     看板・電柱広告をみて
  - ダイレクトメール・チラシをみて
  - インターネット（ホームページ・検索ページ）を見て
  - その他( )

ご記入、ありがとうございました。個人情報は厳守いたします。