

問診票

フリガナ
お名前 _____ (才) S・H・R 年 月 日 現在の体温

住所 _____ (度)

電話番号 ① _____ ② _____

あなたの病気の診断と治療の大切な資料になります。分かる範囲で記入してください。

1. 今日の来院理由をお聞かせください。

- ・症状がある ・健診異常 (具体的に _____) ・健診希望 ・他院からの紹介 ・ワクチン
- ・その他 (具体的に _____)

2. 症状のある方にお伺いします。

いつから ・今日 ・昨日 ・2日前 ・3日前 ・1週間前 ・それより前 (_____)

(かぜ症状)

- ・発熱 (いつ _____ / _____ °C) ・喉が痛い ・鼻水 ・咳 ・痰 ・頭痛 ・関節痛

(お腹)

- ・腹痛 ・腹満 ・胃もたれ ・胸焼け ・吐き気 ・嘔吐 ・食欲不振

- ・下痢 ・便秘 ・下血/血便

(胸・からだ)

- ・胸痛 ・動悸 ・息切れ ・むくみ ・めまい

(その他)

(具体的に _____)

2. 今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？

- ・高血圧症 ・高脂血症 ・糖尿病 ・狭心症/心筋梗塞 ・脳梗塞 ・緑内障 ・前立腺肥大
- ・がん (_____) ・その他 (_____)

3. 現在飲まれているお薬や市販薬・サプリメントなどがありますか？

- ・ない ・ある (お薬手帳や薬剤情報供書などをお持ちの方はお見せ下さい)

あるの方は具体的にお書きください

(_____)

4. お薬や食物などでアレルギーが出たことはありますか？

- ・ない ・ある (具体的に _____)

5. (女性の方のみ) 現在授乳中・妊娠中または妊娠の可能性がありますか？

- ・はい ・いいえ

6. 当院をどのように知られましたか。

- ・知人からの紹介 ・他院からの紹介 ・近所だから ・通りすがり ・看板 ・チラシ等広告
- ・ホームページ ・Google検索 ・病院ナビ ・EPARK ・iタウンページ ・その他