

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

# 問診表

R 年 月 日

フリガナ	生年月日：明治・大正・昭和・平成		
氏名	男・女	年 月 日	( 歳)
住所			
電話番号	自宅 ( )	携帯 ( )	
緊急連絡先 (必須)	( )	*本人様以外の電話番号をご記入ください。	

## 1. どのような症状がありますか？下記□にチェックして下さい。

また、それはいつ頃からですか？⇒ 月 日頃から・ 日前から・ ヶ月前から

- 腹痛 (胃のあたり、下腹、右腹、左腹、その他)
- 胸やけ
- 食欲不振
- 吐き気
- 嘔吐 ( 回)
- 下痢 ( 回)
- 血便
- 発熱
- 寒気
- 節々の痛み
- 頭痛
- 咳
- のどの痛み
- 痰がからむ
- くしゃみ
- 鼻水
- 鼻づまり
- 胸の痛み
- 動悸
- 息苦しさ
- めまい
- 体がだるい
- その他 ( )
- 予防接種
- 健康診断

## 2. 今までにかかった病気はありますか？

はい (下記□にチェックして下さい。) いいえ

- 高血圧
- 糖尿病
- 高脂血症
- 心臓病
- 腎臓病
- 肝臓病
- 脳卒中
- 胃腸の病気
- 肺や気管支の病気
- 喘息
- 眼の病気
- 緑内障
- 足腰の病気
- 前立腺肥大症
- がん ( )
- 手術 ( )
- その他の病気：病名がわかればお書き下さい ( )

## 3. かかりつけの病院がありますか？

はい (病院名： ) いいえ

## 4. 現在服用している薬はありますか？

はい (薬名： ) いいえ

\*お薬手帳、またはお薬の内容がわかるものがあれば提出をお願いします。

## 5. 今までに薬・注射・食品でアレルギーを起こしたことがありますか？

はい (薬品名： 食品： 症状： ) いいえ

## 6. たばこは吸いますか？

吸わない 吸う ( 本/日、喫煙歴 年) 過去に吸っていたがやめた

## 7. お酒は飲みますか？

はい (種類： : 杯/ 日) いいえ

## 8. 女性の方におたずねします。

妊娠されていますか？ はい (出産予定日 月 日) 可能性あり いいえ

授乳中ですか？ はい いいえ

## 9. 当院をどのようなきっかけで知りましたか？

1) 知人からの紹介 2) ホームページ 3) 雑誌・広告 4) 近隣 5) その他 ( )