

問診票

ID: _____

記入日 年 月 日

名前	フリガナ	生年月日		
	男 女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
住所	〒	電話	自宅： 携帯：	
身長：	cm	体重：	kg	体温： °C

1. 本日はどうされましたか？

いつ頃から ()

症状に○をつけてください

- ・熱がある ・ のどが痛い ・ 鼻水/鼻づまり ・ 咳 ・ 痰が出る ・ 頭痛 ・ 関節痛
- ・胸痛 ・ 動悸 ・ 息切れがする ・ 胸の圧迫感がある ・ 顔や手足のむくみがある
- ・腹痛 ・ 下痢 ・ 吐き気/嘔吐 ・ 食欲がない ・ 血便が出た ・ 便秘
- ・その他の症状 ()
- ・健診で異常を指摘された (病名:)
- ・他院での治療を当院で継続希望
- ・健康診断のため (自覚症状:)

2. 今までにかかった、または治療中の病気はありますか？

高血圧 ・ 脂質異常症 ・ 糖尿病 ・ 痛風 ・ 狭心症/心筋梗塞 ・ 不整脈 ・ 脳卒中
喘息 ・ 肝臓/腎臓 ・ 癌 ()
その他 ()

3. 現在内服しているお薬や市販薬、サプリメントなどがありますか？

なし ・ あり (お薬手帳・内服情報提供書などをお持ちの方はお見せください)

4. アレルギーが出たことはありますか？

薬物 なし ・ あり (薬品名:)
食べ物 なし ・ あり (薬品名:)

5. タバコは吸いますか？

吸わない ・ 以前は吸っていた (年前) ・ 吸う (1日 本 年)

6. お酒は飲みますか？

飲まない ・ 飲む (毎日・週に 回 種類: 1日 杯) ・ 機会飲酒

7. 家族に病気の方はおられますか？

なし ・ あり () (例 父: 胃がん、祖母: 高血圧など)

●女性の方へ

妊娠の可能性 あり ・ なし 授乳中 はい ・ いいえ