問診票

受診日　　年　　月　　日

フリガナ		男　女	生年月日 明治　大正 昭和　平成　　年　　月　　日	才
お名前				

自宅電話	携帯電話

ご住所	〒	小学生以下は体重　　kg

1. 今日はどうなさいましたか？ ◯ で囲んでください。

- 熱がある
- のどが痛い
- 頭痛
- 鼻水、鼻づまり
- 咳
- 痰
- だるい
- 動悸、息切れ
- 胸が痛い
- 体重が減った

- 腹痛
  - （ 胃のあたり ・ 下腹 ）
- 吐気、嘔吐
- 下痢
- 便秘
- お腹が張る
- 食欲がない
- 胃もたれ
- 胸やけ

- めまい
- 立ちくらみ
- 健診結果の相談
- その他
  （　　　　　　　　　　）

- 痔
- けが

2. その症状はいつ頃から始まりましたか？

（　　　　　　　　　　）から

3. 上記の症状について他の医療機関を受診されましたか？

しない　　した　　診断名（　　　　　　　　　　）

4. 現在治療中の病気や飲んでいるお薬がありますか？　お持ちでしたらお薬手帳を掲示してください。

なし　　ある（　　　　　　　　　　）

5. お薬や食べ物のアレルギーがありますか？

なし　　ある（　　　　　　　　　　）

6. 今までに手術を受けたことはありますか？

なし　　ある（　　　　　　　　　　）

7. 嗜好についてうかがいます。

お酒は飲みますか？　・飲まない
・飲む　：　時々　or　毎日　（　　　　を　　　　ml ・ 合 ）

タバコを吸いますか？　・吸わない　　・吸う（1日　　　本くらい）
・やめた（　　歳 ～　　歳まで、1日　　　本くらい吸っていた ）

8. 女性の方にうかがいます。現在妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？　授乳中ですか？

なし　　ある　　わからない　　　・授乳中