

問 診 表

記入日： 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日
お名前		男・女	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)
住 所	〒	自宅TEL	
		()	-
		携帯TEL	
		()	-

本日はどのような症状で来院されましたか。

いつごろから	()から
症 状	<p>以下にあてはまるものにチェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/>発熱 <input type="checkbox"/>のどの痛み <input type="checkbox"/>咳 <input type="checkbox"/>痰 <input type="checkbox"/>鼻水 <input type="checkbox"/>関節の痛み <input type="checkbox"/>頭痛</p> <p><input type="checkbox"/>腹痛 <input type="checkbox"/>呼吸困難 <input type="checkbox"/>吐き気 <input type="checkbox"/>嘔吐 <input type="checkbox"/>下痢 <input type="checkbox"/>便秘 <input type="checkbox"/>食欲不振</p> <p><input type="checkbox"/>全身倦怠感 <input type="checkbox"/>胸痛 <input type="checkbox"/>動悸 <input type="checkbox"/>息切れ <input type="checkbox"/>めまい <input type="checkbox"/>ふらつき</p> <p><input type="checkbox"/>不眠 <input type="checkbox"/>排尿痛 <input type="checkbox"/>頻尿 <input type="checkbox"/>尿漏れ <input type="checkbox"/>検診で異常を指摘された</p> <p><input type="checkbox"/>その他()</p>
現在治療中の病 気はありますか	<p>以下にあてはまるものにチェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/>高血圧症 <input type="checkbox"/>高脂血症 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>高尿酸血症 <input type="checkbox"/>腎臓病 <input type="checkbox"/>肝臓病</p> <p><input type="checkbox"/>肺気腫 <input type="checkbox"/>気管支炎 <input type="checkbox"/>脳梗塞 <input type="checkbox"/>脳出血 <input type="checkbox"/>緑内障 <input type="checkbox"/>前立腺肥大</p> <p><input type="checkbox"/>その他()</p>
いま飲んでいる お薬はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある⇒ <u>お薬手帳をお出してください</u>
血が止まりにくくなる 薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(薬の名前)
今までに大きな病 気・ケガ・入院・手術 をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(具体的に)
薬物アレルギーが ありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(薬品名は)
食物アレルギーが ありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(食品名は)
喫 煙	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 以前していた <input type="checkbox"/> 今もしている。一日()本を()年
飲 酒	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 以前飲んでいて <input type="checkbox"/> 現在飲んでいる。一日量()を週()日
当院にお越しただ いたきっかけは何で すか	<input type="checkbox"/> 家から近いから <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> 家族が通院しているから <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> 広告・ホームページを見て <input type="checkbox"/> いつも前を通るから <input type="checkbox"/> その他()

※女性の方にお聞きします。

現在、妊娠の可能 性はありますか	<input type="checkbox"/> あります <input type="checkbox"/> ありません <input type="checkbox"/> わかりません
現在、授乳中ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

※ 当院では個人情報を患者様への医療サービス提供等を目的として利用させていただいております。
 なお、患者様に安心して医療を受けていただくために個人情報の取り扱いには万全の体制で取り組んでおります。