



問診票



ふりがな		男	生年月日	
氏名		・ 女	明治・大正 昭和・平成	年 月 日 (歳)
住所	〒.....			
電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 () <input type="checkbox"/> 携帯		体温 (風邪の場合体温を測定します) °C	
紹介状	あり ・ なし	身長	cm /	体重 kg

●今日は何のようなことで来られましたか？○をつけてください。

- ①かぜ症状 ②おなか (下痢・嘔吐・腹痛・胃) ③肛門 ④頭痛 ⑤血圧
 ⑥皮膚・けが・爪 ⑦腰痛・関節痛 ⑧甲状腺・乳腺 ⑨健診で要再検査
 ⑩その他 (.....)

●いつからどのような症状がありましたか？

いつから (.....)
 症状 (.....)

●今までかかった病気はありますか？

- ない・ある ①高血圧 ②ぜんそく ③心臓病 ④糖尿病 ⑤肝臓病 ⑥前立腺の病気 ⑦甲状腺の病気
 ⑧感染症 ⑨緑内障 ⑩その他 (.....)

●現在通っている病院 (なし・あり→.....)

●現在飲んでいる薬 (なし・あり→.....)

●飲みにくい薬の種類 (なし・あり→ カプセル・錠剤・粉薬・水薬)

●薬のアレルギー (なし・あり→ピリン・抗生物質・その他.....)

●家族の方で病気の方は見えますか？ (いない・いる→続柄:..... 病名:.....)

●飲酒 (飲まない・付き合い程度・飲む)

●喫煙 (吸わない・吸う→1日.....本位・以前吸っていた)

●当院を何でお知りになりましたか？ (近所・インターネット・紹介・広告・その他.....)

●お呼び出しの際、氏名でお呼びしてもよろしいですか？ (はい・いいえ)

いいえの方は番号札をお渡ししますので、番号でお呼びいたします。

女性の方にお聞きします

●現在、妊娠していますか？ (いいえ・わからない・はい→.....週)

●授乳中ですか？ (いいえ・はい→.....カ月)