

問診票

記入日 年 月 日

(診療申込書) 体温 度 体重 kg

ふりがな		男・女	生年月日	大	年	月	日	
お名前	様			昭				才
				平				
ご住所	(〒 -)							
連絡先	自宅 () -	携帯・緊急連絡先	() -					

● 今日はどうされましたか？

- 発熱 (°) 咳、痰 鼻水・鼻づまり のど痛み 吐く /吐き気 頭痛 ふらふら
胃痛 腹痛 食欲がない 胸やけ 下痢 血便 検診で異常
胸が痛い 動悸 血圧が高い 脈の異常 むくみ 疲れ 頻尿 排尿痛
アレルギー 検査希望 (・胃カメラ ・大腸カメラ ・採血 ・動脈硬化 ・骨粗しょう症・エコー)

症状を詳しくお書きください。何時頃からどんな症状など

()

● その症状はいつ頃からですか？

()

● 現在治療中の病気、今までかかれた病気 (既往症) などありますか？

特にない ある (病名)

● 現在服用中のお薬はありますか？ 特にない ある (薬名)

● 手術されたことありますか？ 特にない ある (手術名)

● 薬、麻酔薬、食品などでアレルギー (蕁麻疹 気分不良 意識消失 発疹) おこしたことがありますか？ 特にない ある (名)

● アルコール類はのまれますか 特にない ある (合 本/ 毎日 時々)

● タバコは吸われますか？ 特にない ある (本 / 日)

● (女性の方へ) 妊娠の可能性は？ 特にない ある

● 発熱下痢されている方へ 希望する以下迅速検査がありますか？ 特にない ある
 ・インフルエンザ ・アデノウイルス ・溶連菌 ・ノロウイルス (6 5歳未満は自費) ・その他 ()

● 当院をどこでお知りになりましたか

- ・近所だから ・職場が近く ・通りすがり ・家族 (様) 紹介 ・知人 (様) の紹介
 ・一度来たことがある ・インターネット ・(先生) 紹介 ・その他 ()

● 診察に当たりご希望や医師に伝えておきたいことがあればお書きください

()