

<わかる範囲でご記入ください。>

問診票

●患者番号:

●受診日:

令和 年 月 日

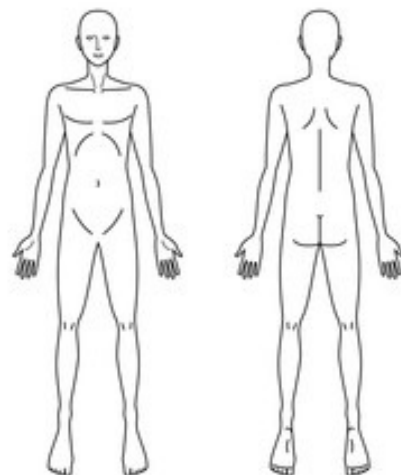
お名前	ふりがな	身長	
		体重	
生年月日	S・H・R 年 月 日 歳	住所	〒
性別	男 ・ 女	電話番号	

1. 本日まで来院の症状はいつからですか？
 ・今日(朝・昼・夕) ・昨日 ・2-3日前 ・1週間前 ・()週間前くらいから

2. 症状のある部位に印をつけてください。

3. 具体的にはどのような症状ですか？

- ・身体がだるい
- ・動悸/胸痛
- ・吐き気がする
- ・かゆい
- ・その他()
- ・節々が痛い
- ・息切れ
- ・下痢
- ・湿疹
- ・熱がある(最大 °C)
- ・咳が出る
- ・便秘
- ・腹痛
- ・健診で異常をを指摘された



4. 今までにかかった病気などがありますか？ ・ある ・ない
 いつ頃:()
 病名 :()

5. 現在内服している薬はありますか？ ・ある ・ない
 薬の名前:()

6. アレルギーはありますか？ ・ある ・ない

ある場合、それはどのようなアレルギーですか？()

7. 女性の方へ

妊娠している可能性はありますか？ ・いいえ ・はい
 現在、授乳中ですか？ ・いいえ ・はい

8. 飲酒、喫煙について

飲酒 □毎日飲む □機会があれば飲む □まったく飲まない(飲めない)
 1日に□ビール □日本酒 □焼酎 □ウイスキー]を[ml]

喫煙 □吸う 1日に[本]を[才]から
 □吸わない □以前吸っていた [年間・1日 本]

9. 当院を知ったきっかけは何ですか？

□家族・知人の紹介(さん) □自宅や職場に近い □ホームページを見た
 □看板を見た □その他()