

<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

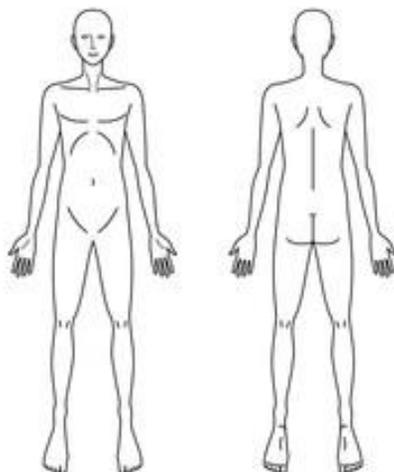
お名前	ふりがな	身長	
		体重	
生年月日	S・H・R 年 月 日 歳	住所	〒
性別	男 ・ 女	電話番号	

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. 現在、他の医療機関に通院していますか？ はい・いいえ
医療機関名:()
最近の受診日:(年 月 日)
治療内容:()

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. これまでに大きな病気(入院や手術を要する病気)にかかったことはありますか？ ・ある ・ない
いつ頃:()
病名 : ()

7. この1年で健診を受けましたか？ ・ はい ・ いいえ
受診日:(年 月 日) 指摘された内容:()

8. 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？()

9. 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 (妊娠週数: 週目)
現在、授乳中ですか？ ・いいえ ・はい

10. 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[本]から
□吸わない □以前吸っていた [年間・1日 本]

当院は診療情報等を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めます。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。