

## 問診票

記入日 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男・女	大正・昭和 平成・令和	年	月 日 ( 歳)
住所	〒			電話	自宅 携帯
身長 ( cm)		体重 ( kg)		ご職業	

問診	ご記入欄 ○で囲んでください	
今日はどうされましたか？ (複数回答可)	熱がある( °C) 咳 鼻水 のどの痛み 寒気 頭痛 胸の痛み 動悸 息切れ 不整脈 むくみ 全身倦怠感 食欲不振 体重減少 めまい おなかが痛い 吐き気・おう吐 下痢 便秘 排尿痛 残尿感 健診で異常を指摘 他院で内科受診を勧められて その他( )	
症状はいつからですか？	・ 今日初めて ・ ( ) 日前から ・ 時々 ・ ずっと前から	
通院中や以前かかった病気は ありますか？	なし	通院中の病気 高血圧 高脂血症 糖尿病 脳卒中 狭心症・心筋梗塞 不整脈 痛風 肝臓の病気 腎臓の病気 ぜん息 胃・十二指腸潰瘍 緑内障 前立腺肥大 がん( ) その他( )  以前かかった病気(今は通院していない) 高血圧 高脂血症 糖尿病 脳卒中 狭心症・心筋梗塞 不整脈 痛風 肝臓の病気 腎臓の病気 ぜん息 胃・十二指腸潰瘍 緑内障 前立腺肥大 がん( ) その他( )
内服中の薬はありますか？	なし	薬( ) お薬手帳をお持ちの方は先生にご提示ください
入院・手術をしたことはあり ますか？	なし	病名( ) 年齢( 歳) 病名( ) 年齢( 歳)
アレルギーはありますか？	なし	ぜん息 鼻水 花粉症 アルコール ラテックス 食べ物( ) 薬( ) その他( )
煙草を吸いますか？	いいえ	・ 吸う 本/日 年間 ・ 吸っていた 本/日 年間
お酒は飲みますか？	いいえ	飲む ・ 何を?( ) ・ どのくらい? 週に( )日
家族・親族に次のような病気 はありますか？	なし	高血圧 高脂血症 糖尿病 心臓病 肝臓病 がん( )
苦手な薬はありますか？	なし	ある ( )
女性の方へ 妊娠していますか？	いいえ	妊娠中( )週 不妊治療中 授乳中
当院をどのように知りましたか？ (複数回答可)	医師の紹介 家族・知人の紹介 インターネット 看板 過去に受診歴有 その他( )	
マイナ保険証による診療情報取 得に同意されますか？	はい	いいえ