



問 診 票

平成 年 月 日

フリガナ		性 別	男 女
氏 名		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
住 所	〒	自宅電話	
		携帯電話	
		緊急連絡先	

体温記入して下さい→

(°C)

- ① 本日はどういたしましたか？
 胸焼け・胃もたれ・胃痛・腹痛・ムカムカ感・嘔吐・下痢・下血・便秘
 喉の痛み・咳・鼻水・関節痛・発熱・動悸・息切れ・胸痛・めまい
 頭痛・腰背部痛・血尿・排尿痛・膀胱炎・皮膚疾患・不眠・全身倦怠感
 その他()
 いつ頃からですか？()
- ② 今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか？(はい・いいえ)
 高血圧・糖尿病・高脂血症・喘息・心臓病・肝臓病・腎臓病・胃潰瘍
 十二指腸潰瘍・胃がん・大腸ポリープ・大腸がん・脳梗塞
 その他()
- ③ 今までに手術を受けられた事がありますか？(はい・いいえ)
 ()
- ④ 現在服用中のお薬はありますか？(はい・いいえ)
 「はい」とお答えの方は、わかる範囲で薬剤名をお書き下さい。
 ()
- ⑤ 今までにお薬でアレルギー症状が出た事がありますか？(はい・いいえ)
 お薬の名前が分かればご記入下さい。
 ()
- ⑥ 食べ物や花粉などにアレルギーはありますか？(はい・いいえ)
 アレルギーの原因がわかればお書き下さい。
 ()
- ⑦ アルコールは飲みますか？(飲む・飲まない・時々)
 1日量はどのくらいですか？
 ビール()本、日本酒()合、その他()
- ⑧ タバコは吸いますか？(吸う・吸わない)
 1日()本
- ⑨ **女性の方へ**：現在妊娠中ですか？あるいはその可能性がありますか？(はい・いいえ)
 :現在授乳中ですか？(はい・いいえ)
- ⑩ 当院を知ったきっかけをお聞かせ下さい。
 a. 近くを通りかかって知った b. 看板 c. 電柱看板 d. 携帯のホームページ
 e. パソコンのホームページ f. お知り合いの紹介()
 g. その他()
- ⑪ 1～2ヶ月以内に海外渡航歴はありますか？(はい・いいえ)
 「はい」とお答えの方は、滞在国をお書き下さい。
 ()