

# 問 診 票

保険証との確認事項もございますが、答えられる範囲でご記入ください。

ID: \_\_\_\_\_ 体温: \_\_\_\_\_ °C

フリガナ		性別	身長	体重
お名前			cm	kg
ご住所 〒		生年月日	T・S・H	年 月 日
		電話番号		
		携帯電話		

1. 本日はどうなさいましたか？

[ ]

2. どのような症状ですか？あてはまる症状に○をつけてください。

- 発熱 ・ せき ・ 痰（血痰） ・ のどが痛い ・ 頭痛 ・ はきけ ・ 嘔吐  
 下痢 ・ 便秘 ・ めまい ・ 動悸 ・ 息苦しい ・ 体重が減った  
 胸痛 ・ 腹痛 ・ 食欲がない ・ 眠れない ・ 健康診断で要受診と判定  
 その他 ( )

3. その症状はいつからですか？ \_\_\_\_\_ 年 月 日 時頃から

具体的に → \_\_\_\_\_

4. いままで大きな病気にかかったり、入院や手術を受けたことはありますか？

ない ・ ある → \_\_\_\_\_

5. 現在、他の病院や診療所で治療中の病気はありますか？

ない ・ ある → \_\_\_\_\_

6. 食べ物、薬、麻酔などでアレルギー症状を起こしたことはありますか？

ない ・ ある → 薬品名や症状など \_\_\_\_\_

7. 現在飲まれているお薬や市販薬、サプリメントなどはありますか？

ない ・ ある → \_\_\_\_\_

8. 過去に輸血を受けたことはありますか？

ない ・ ある → \_\_\_\_\_

9. 女性の方：妊娠、またはその可能性はありますか？

ない ・ 妊娠している ・ 可能性がある

10. その他、何かありましたらご記入ください。ペースメーカーを入れておられる場合、必ずご記入下さい。

[ ]

当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？ (複数回答でも構いません。)

近所に在住(通勤・通学) / 以前に受診/ホームページ / 知人の紹介 / 他院の紹介 ( )

その他 ( )