

問診票

ふりがな

お名前 男・女 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生()歳

〒

ご住所

電話番号

身長

cm 体重

kg

1. どのような症状ですか？(○をつけてください。複数可)

発熱()℃ のどが痛い 咳 息苦しい 頭痛 鼻水
胃痛 腹痛 嘔吐 下痢 吐き気
高血圧 動悸 めまい 胸の圧迫感 むくみ
食欲不振 疲れやすい 膀胱炎
その他

2. それはいつからですか？ 月 日

3. 今日の症状の事で当院以外の医療機関に受診しましたか？

はい(医療機関名:) ・ いいえ

4. 今日の症状について該当するものに○をしてください。

- * 原因が知りたいので、検査希望(採血、心電図など)。必要であれば、薬もほしい。
- * 薬がほしい。(検査等希望無し。) 注意:薬は医師の判断により出ない事があります。
- * 定期的に通院したい。(かかりつけ医希望)

その他

5. 過去にかかった病気または、現在治療中の病気はありますか？

はい(*お薬手帳を受付にお出してください) ・ いいえ

高血圧 糖尿病 喘息 心臓病 悪性腫瘍 精神疾患()

脳梗塞 脳出血 肝臓病 腎臓病 その他()

感染症(結核 B型肝炎 C型肝炎 梅毒 HIV 他)

6. 今までお薬を飲んで、アレルギーなど副作用が出た経験はありますか？

なし ・ あり →薬剤名()

7.現在煙草を習慣的に吸っている: ・はい(1日 本)× 年 ・いいえ (禁煙 年)

8. お酒を飲む頻度 : 毎日飲む ・ 時々飲む ・ ほとんど飲まない

1日あたりの飲酒量:()

9. 女性の方へ・・・現在妊娠またはその可能性がありますか？ はい ・ いいえ

10. 当院を何でお知りになりましたか？【○印を付けてください】

- ①知人の紹介 * 差し支えなければ紹介者名を教えてください()様
- ②おもての看板、外掲示板③駅看板 ④他院からの紹介
- ⑤ホームページ(インターネット検索) ⑥電話帳・タウンページ ⑦町会の回覧・名簿など
- ⑧講演会や勉強会 ⑨パンフレット・その他()