

問 診 票

平成 年 月 日

ふりがな		男・女	明・大・昭・平 年 月 日生 歳		
お名前					
ご住所			電 話		
身長	cm	体 重	kg	診察前の体温	℃
				普段の体温	℃

【下記の項目についても記入もしくは○印をつけて下さい。】

1. どうしましたか？

痛い だるい かゆい 熱がでた 気持ち悪い はきけ 下痢 めまい むくみ
 かげ (せき ・ たん ・ のど ・ 鼻づまり ・ 鼻水 ・ くしゃみ ・ 頭痛 ・ 寒気 ・ 熱)
 痔 (痛み ・ 出血 ・ いぼ ・ 脱出 ・ 膿)
 花粉症 (鼻水 ・ 鼻づまり ・ くしゃみ ・ 眼のかゆみ ・ 涙)
 健康診断の精密検査 ・ その他 ()

2. どこがですか？

部 位 ()

3. いつ頃からですか？

今日から ・ きのうから ・ 年 月 日頃から

4. 普段の生活状況を教えてください。

○食 欲 ア. 普通 イ. あまりない ウ. まったくない
 ○便 通 ア. 快便 イ. 便秘 ウ. 下痢 エ. 便秘と下痢を繰り返す
 ○尿の回数 ア. 普通 イ. トイレが近い (夜間 回) ウ. がまんできかないことがある
 ○睡 眠 ア. よく眠れる イ. あまりよく眠れない ○月 経 (正 不順 月経中 妊娠中 終了)
 ○たばこ ア. 1日 本程度 イ. 吸わない ○飲 酒 ア. 毎日 (1日 合) イ. 時々 (合)

5. 薬や注射や食べ物で、じんましん、腹痛、下痢などを起こしたことがありますか？

ア. ある (薬の名前:) イ. ない ウ. アレルギー体質 (花粉症、ぜんそく、アトピーなど)

6. いままでひどい病気や、手術をした事がありますか？

ア. ある (病名: / 年 月頃) イ. ない

7. いつも飲んでいる薬はありますか？

ア. ある (市販薬・病院の薬/薬の名前:) イ. ない

8. いまどこかの病院にかかっていますか？

ア. いる (病医院の名前:) イ. ない

9. 血縁者について次の病気はありますか？

(血縁者) 父 母 伯 父 伯 母 兄弟姉妹 子 供
 ① なし ② 高血圧 ③ 糖尿病 ④ 心筋梗塞 狭心症 ⑤ 高脂血症
 ⑥ 癌 ⑦ ぜんそく ⑧ 花粉症 ⑨ 脳出血 脳梗塞

10. 当院へいらしたきっかけは何ですか？

ア. 家族が通っている イ. 自宅・会社から近い ウ. 知人・近医の紹介 エ. 電話帳を見て
 オ. インターネット カ. 以前来た (年頃) キ. その他 ()

11. 診察の時に聞きたいこと、御要望等あればお書き下さい。

12. お呼び出しの方法はどちらを希望されますか？

ア. 名前での呼び出しをして下さい。 イ. 番号での呼び出しをして下さい。

※ 記入のない場合は名前にてお呼び出しさせていただきます。