

# ☆ 問診票 ☆

平成 年 月 日

フリガナ 氏名	性別 男性 女性	生年月日 大・昭・平 年 月 日生( 才)
ご住所 〒 ー		自宅電話番号 ー ー
		携帯電話番号 ー ー
		職業
		続柄

<p>1. いつから( 日前・週間前・ヶ月前) (院内体温 °C)</p> <p>症状は?(当てはまるものに○を付けてください。)</p> <p>熱がある・ のどが痛い ・ 鼻水が出る ・ 咳が出る ・ 痰が出る ・ 嘔吐 (1日 回)</p> <p>お腹が痛い ・ 吐き気がする ・ 下痢をしている(1日 回) ・ 頭が痛い</p> <p>その他 [ ]</p>
<p>2. 他の病気で現在、受けている治療やお薬があれば教えてください</p> <p>ない・ある(病名 )病院名( )</p> <p>薬名( )</p>
<p>3. 今までに入院や手術をした事がありますか</p> <p>あり・ なし 手術歴( ) 手術した病名( )</p> <p>入院歴 ない・ある</p>
<p>4. お薬のアレルギーはありますか? あり( ) ・ なし</p>
<p>5. 生活習慣についてお尋ねします。</p> <p>タバコは吸いますか? はい :1日 本 才頃から ・ いいえ</p> <p>お酒を飲みますか? はい :1日 位 ・ いいえ</p>
<p>6. 食物アレルギーの有無 ない ・ ある</p> <p>(食品名: ) ・ わからない</p>

(\* 裏面もお書きください)

8. お薬は飲めますか はい(水薬・粉薬・錠剤・カプセル)・苦手 ・わからない

9. 妊娠中ですか? はい ・ いいえ

10. 授乳中ですか? はい ・ いいえ

10. <家族歴>(ご家系で以下の疾患の方がいれば、○をつけてください。)

心臓疾患(狭心症、心筋梗塞、不整脈など)・高血圧・脳血管障害・結核 ・関節リウマチ

ぜんそく・糖尿病・腎疾患・アレルギー・精神疾患・癌

その他( )

11. 当院をどちらでお知りになりましたか?

家族がかかっている・知り合いからの紹介・病院からの紹介・ホームページを見て ・

その他( )

\* ホームページに新たなページを作成しました。休診日など掲載するページです。登録して戴いた方は閲覧出来ます。急な休診、お知らせはメール新聞として登録いただいたアドレスに送信も出来ます。ぜひ、ご活用ください。

\* 記載内容は診療に関する目的以外に使用することはありません