

問診票 一般用

フリガナ			性別	男 ・ 女	年齢	歳
名前			生年月日		年	月 日
電話 (主)	()	自宅・携帯・会社				
番号 (副)	()	自宅・携帯・会社	身長	cm	体重	kg
住所	〒		体温	℃		

1. 現在の症状 (お困りなこと) を、詳しくお書きください

2. いつから症状が出ましたか？

1. 今日から 2. ___日前 3. ___ヶ月前 4. ___年前

3. 症状は良くなっていますか？ 悪くなっていますか？

1. 良くなっている 2. 悪くなっている 3. 変わらない 4. 良いときと悪いときがある

4. 今回の症状で、他の医療機関を受診されたことはありますか？

1. ない 2. ある 医療機関名 検査、治療内容

5. 今までにかかった病気や、治療中の病気がありますか？

1. 糖尿病 2. 高血圧 3. 高脂血症 4. 心臓病 5. 不整脈 6. 肺炎 7. 喘息 8. 肝臓病 9. 腎臓病
10. 脳卒中 11. てんかん 12. がん 13. 緑内障 14. 花粉症 15. 新型コロナウイルス感染症
16. その他

6. 現在服用中のお薬はありますか？

お薬手帳をお持ちでしたら受付にお渡しください

1. ない 2. ある 薬品名または薬の種類

7. 今までに、手術のご経験はありますか？

1. ない 2. ある 病名 時期

8. 薬剤や食べ物、金属等のアレルギーはありますか？

1. ない 2. ある その原因物質

9. 生活習慣について、お答えください

● 喫煙 1. ない 2. ある 1日 本・約 年 3. 過去にあり 1日 本・約 年間
● 飲酒 1. ない 2. ある 種類 1日量 頻度 1. ほぼ毎日 2. 週3-4回 3. 機会飲酒のみ

10. 女性の方へ、お答えください

● 妊娠の可能性 1. ない 2. ある ● 授乳中である 1. いいえ 2. はい
● 月経について 1. 最終月経日 (月 日) 2. 閉経している

11. 検査や治療について、ご希望がありましたらお書きください

健診結果や他医院からの紹介状をお持ちでしたら、受付にお渡しください

12. 当院をなにで知りましたか？

1. 通りがかり 2. ホームページを見た 3. 職場、学校が近い 4. ご紹介 紹介元