

問 診 票

HPダウンロード

I D _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ		男・女	生 年 月 日	
氏 名			大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	
住 所	〒	電話番号 (- -)	身 長	体 重
			cm	kg

◆ 今日はどんな症状で受診されましたか。 ☒ でお答えください。

- | | | | | |
|---|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| ☐ 熱がある (°C) | ☐ 咳 | ☐ 鼻水 | ☐ のどの痛み | ☐ 頭痛 |
| ☐ 胸痛 | ☐ 動悸 | ☐ 息切れ | ☐ 不整脈 | ☐ むくみ |
| ☐ 全身倦怠感 | ☐ 食欲不振 | ☐ 体重減少 | ☐ めまい | ☐ 意識消失 |
| ☐ 腹痛 | ☐ はき気・嘔吐 | ☐ 下痢 | ☐ 便秘 | ☐ 血便 |
| ☐ 健診異常 | ☐ 健康診断希望 | ☐ プラセンタ注射 | ☐ その他 () | |

◆ 症状はいつからですか？ ()

◆ 現在治療中または過去に指摘された病気はありますか？ ※ () には発見時の年令を記入

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ 高 血 圧 (才) | ☐ 高脂血症 (才) | ☐ 糖尿病 (才) | ☐ 狭心症 (才) |
| ☐ 心筋梗塞 (才) | ☐ 不 整 脈 (才) | ☐ 腎臓病 (才) | ☐ 脳卒中 (才) |
| ☐ 痛 風 (才) | ☐ 肝 臓 病 (才) | ☐ 喘 息 (才) | ☐ 胃潰瘍 (才) |
| ☐ 癌 (才) | ☐ 前立腺肥大 | ☐ 緑 内 障 | ☐ その他 () |

◆ 現在通院中の病院名 ()

◆ 現在内服中の薬 () お薬手帳 ☐ あり ☐ なし)

◆ 家族・親族に次の病気はありますか？ ※ () には母、祖父などを記入

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| ☐ 糖尿病 () | ☐ 高血圧 () | ☐ 高脂血症 () | ☐ 心臓病 () |
| ☐ 肝臓病 () | ☐ 癌 () | | |

◆ 今までアレルギー・特異体質といわれたことがありますか？

- | | |
|-----------------------------|---|
| ☐ なし | ☐ あり(薬: 食品: その他) |
|-----------------------------|---|

◆ 飲酒・喫煙 (1 日) 飲まない・飲む (合) 吸わない・吸う (本) (年間)

◆ 女性の方のみお答え下さい。 ☐ 妊娠中 ☐ 授乳中 ☐ 生理中

◆ 当院にいらしたきっかけを教えてください。

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| ☐ 近所 | ☐ 知人の紹介 | ☐ 他院より紹介 | ☐ ホームページ |
| ☐ 看板・広告 | ☐ 口コミ | ☐ その他 () | |

◆ その他に何かご心配、ご不明なことがあればご自由にお書きください。