

# 問診票

初診の方は、下記の質問にお答えください。お答えいただけるところだけで結構です。

(受診日) 年 月 日

ふりがな お名前 (男・女)	昭和・平成 令和 年 月 日生まれ( 歳)
ご住所 〒	電話 (自宅) 番号 (携帯)
	職業
	身長 cm 体重 kg

## 1. どのような症状で来院されましたか

発熱( °C)・寒気・のどの痛み・咳・痰・鼻水・鼻づまり・息苦しさ・胸痛・腹痛・吐き気・嘔吐・下痢・便秘・血便・  
その他( )

## 2. 上記症状はいつ頃からですか( )

## 3. 下記の項目で、病気をしたり検査で異常を指摘されたことがある方は○を付けてください

高血圧・高脂血症・糖尿病・心臓病(狭心症・心筋梗塞・その他)・脳卒中・胃潰瘍・虫垂炎・肝臓病・喘息・腎臓病・  
リウマチ・膠原病・その他( )

※上記にご家族がかかれた病気があればお書きください( )

## 4. 現在治療中の病気はありますか はい・いいえ

「はい」の方……病名( )

※服用中の内服薬がありましたらお書きください( )

## 5. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか はい・いいえ

「はい」の方……分かれば薬・食べ物( )

## 6. 輸血を受けたことはありますか はい( 年前)・いいえ

## 7. タバコをお吸いになりますか はい・いいえ・以前吸っていたことがある

「はい」の方……1日 本 ・ 年前から

## 8. お酒はお飲みになりますか はい(毎日・週に2~3日・たまに)・いいえ

「はい」の方……ビール 本・日本酒 合・その他( )

## 9. 女性の方にお聞きます

妊娠、または妊娠の可能性ありますか はい( ヶ月)・いいえ

授乳中ですか はい・いいえ 月経……順調・不順 最終月経…… 月 日~ 月 日

## 10. 当院にお見えになったのは 紹介されて・人から聞いて・その他(広告・HP・看板) ( )