

【問診票】

記入日 年 月 日

フリガナ		性別	男性・女性
氏名		生年月日	T・S・H 年 月 日
			(歳)
	〒	電話番号	()
住所		緊急連絡先	関係 ()
		体温 : °C	体重 : kg(15歳未満の方)

(1)本日はどうなされましたか？

【内科】

発熱 頭痛 鼻水 のどの痛み 咳 痰 胸痛 動悸 息切れ 胸焼け 腹痛 胃もたれ
吐気・嘔吐 下痢 便秘 めまい その他()
内視鏡検査の事前診察 健康診断 インフルエンザ検査希望

【皮膚科】

部位: 頭(右・左)・顔(右・左)・首(右・左) 胸(右・左)・背中(右・左)・腹(右・左)
手(右・左)・足(右・左)・陰部・その他()
症状: 湿疹・かゆみ・虫刺され・ニキビ・いぼ・水いぼ・やけど・水虫
アトピー・シミ・脱毛・AGA・その他()

(2)それはいつ頃からですか？

本日()時から 昨日から ()日前から ()ヵ月前から それ以前

(3)今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか？(はい・いいえ)

高血圧 糖尿病 高脂血症 喘息 心臓病 肝臓病 腎臓病 胃潰瘍 胃・大腸ポリープ
その他()

(4)今までに手術を受けられた事がありますか？(はい・いいえ)

()

(5)現在服用中のお薬はありますか？(はい・いいえ)※記載、又はお薬手帳を受付にお渡し下さい。

()

(6)アレルギーはありますか？(はい・いいえ)

薬()食べ物 ()花粉()

(7)アルコールは飲まれますか？(飲む・飲まない)

1日量はどのくらいですか？ ビール()本、日本酒()合、その他:

(8)タバコは吸われますか？(吸う 1日 本、喫煙 年間・吸わない)

(9)女性の方へ: 妊娠中(はい・いいえ) 妊娠の可能性(ある・ない) 授乳中

(10)当院を知られたきっかけをお聞かせください。

1.ホームページを見た 2.チラシ・パンフレットを見た 3.電柱広告を見た
4.紹介された(紹介者:) 5.その他()