

【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 : | ℃ |
| | | 体重 : | kg(15歳未満の方のみ) |

(1)本日はどうなされましたか？

【内科】

発熱 頭痛 鼻水 鼻づまり 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 内視鏡の事前診察 健康診断
その他() ※インフルエンザ流行時スタッフより検査希望の有無を確認

【皮膚科】

症状:湿疹 痛み かゆみ 腫れ 膿が出ている かさつき 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()
部位:頭(右・左) 顔(右・左) 首(右・左) 胸(右・左) 背中(右・左) 腹(右・左)
手(右・左(指)) 足(右・左(指)) すね(右・左) 陰部 その他()

(2)それはいつ頃からですか？

本日()時から 昨日 ()日前 ()ヵ月前 ()年前

(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)

※『はい』の場合は記載、又はお薬手帳を受付にお渡し下さい。

()

(6)アレルギー(薬の場合副作用も)はありますか？(はい・いいえ)

薬()食べ物()花粉()
その他()

(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.バスアナウンスを聞いた 5.駅広告を見た
6.紹介された(紹介者:) 7.その他()