

問 診 表

_____年 _____月 _____日

チケット NO. _____

フリガナ				性別	男 女
名 前					
生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日生 (才)
住 所	〒 _____				
TEL	_____	_____	携帯	_____	_____

◇身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ °C 血圧 _____ / _____

1. どのような症状で来院されましたか

- | | | | | | | |
|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> 痰 | <input type="checkbox"/> のどの痛み | <input type="checkbox"/> 鼻水 | <input type="checkbox"/> 動悸 | <input type="checkbox"/> 息切れ |
| <input type="checkbox"/> 胸痛 | <input type="checkbox"/> 腹痛 | <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> しびれ |
| <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> 口渇 | <input type="checkbox"/> 多飲 | <input type="checkbox"/> 多尿 | <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 | <input type="checkbox"/> 体重減少 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 不眠 | <input type="checkbox"/> 検査で胃に異常 | <input type="checkbox"/> 便潜血陽性 | <input type="checkbox"/> その他 (_____) | | | |

2. いつからですか

- 本日から 昨日から _____日前から その他 (_____)

3. 今までにかかったあるいは現在かかっている病気を教えてください

- | | | | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 脂質異常症 | <input type="checkbox"/> 狭心症 | <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 | <input type="checkbox"/> 脳梗塞 |
| <input type="checkbox"/> 癌 | <input type="checkbox"/> 気管支喘息 | <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 | <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 | <input type="checkbox"/> 不整脈 | <input type="checkbox"/> 緑内障 |
| <input type="checkbox"/> その他 (_____) | | | | | |

4. 他の病院にかかっていますか？ (_____)

5. 他に服用しているお薬がありますか？ (_____)

6. 家族の方で病気があれば教えてください

- | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------------|--|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 脂質異常症 | <input type="checkbox"/> 狭心症 | <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 | <input type="checkbox"/> 脳梗塞 |
| <input type="checkbox"/> 癌 | <input type="checkbox"/> 気管支喘息 | <input type="checkbox"/> その他 (_____) | | | |

7. アレルギーがありますか？

- 薬物 (_____)
- 食物 (_____)
- 花粉症 (_____)

8. たばこ

- 吸う << 1日 _____ 本 喫煙年数 _____ 年 >>
- 吸わない

9. アルコール

- 毎日 << 日本酒：1日 _____ 合 >> << ビール：1日 _____ 本 >>
- 時々
- 飲まない

10. (女性の方にお聞きします) 妊娠の心配はありますか？ ある ない

11. 当院を何で知りましたか

- | | | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> チラシ | <input type="checkbox"/> クリニックの看板 | <input type="checkbox"/> 電柱広告 | <input type="checkbox"/> 豊洲スタイル | <input type="checkbox"/> インターネット |
| <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 家族の紹介 <input type="checkbox"/> その他 (_____) | | | | |

12. その他何かあればご記入ください

(_____)

※この問診表は診察目的にのみ使用します。また、本人の同意なく第三者には開示しません。