

# 問診票

日付： 年 月 日

ふりがな

氏名： \_\_\_\_\_ 生年月日： T S H R 年 月 日 ( 歳) 性別：男・女

連絡先(自宅)： \_\_\_\_\_ 住所： 〒 \_\_\_\_\_

緊急連絡先(携帯)： \_\_\_\_\_

身長： \_\_\_\_\_ cm 体重： \_\_\_\_\_ kg 現在の体温： \_\_\_\_\_ °C

## 1、いつ頃からどのような症状でお困りですか？

①症状：発熱 咳 喉の痛み 鼻水 下痢 吐き気  
頭痛 めまい 腹痛 胃痛 胸痛 呼吸苦 喘息  
発疹 高血圧 花粉症 心療内科 転院希望  
アレルギー 健康診断 プラセンタ・ニンニク注射  
その他 [ \_\_\_\_\_ ]

## ②いつ頃からですか

今日 \_\_\_\_\_ 日前 \_\_\_\_\_ 週間前 \_\_\_\_\_ ケ月前 \_\_\_\_\_ 年前

## アンケートご協力のお願い

☆当院はどのようにして知りましたか？

・ホームページ・紹介(家族/友人)  
・看板・ライズモールにきて・近所  
その他 [ \_\_\_\_\_ ]

☆当院への来院方法を教えてください。

・車・徒歩・自転車・バス・タクシー  
その他 [ \_\_\_\_\_ ]

ご協力いただき、誠にありがとうございました。

2、健康診断や人間ドックを毎年受けていますか？ 受けていない 受けている

3、今までにかかった病気・手術・ケガはありますか？ なし あり

(「あり」の方は以下の該当するものに○を付けてください)

高血圧 喘息 肺炎 糖尿病 脂質異常症(高脂血症) 胃・十二指腸潰瘍 心臓病  
虫垂炎 緑内障 脳卒中 癌( \_\_\_\_\_ ) その他( \_\_\_\_\_ )

4、現在服用している薬がありますか？

なし あり( \_\_\_\_\_ )

5、今までに薬や食べ物の副作用・アレルギーを起こしたことがありますか？ なし あり

「あり」の方は具体的にどのような症状ですか？( \_\_\_\_\_ )

6、嗜好品についてお答えください。

喫煙：なし あり( \_\_\_\_\_ 本/日) アルコール：なし あり  
(種類と量： \_\_\_\_\_ )

7、女性の方のみお答えください。

妊娠中又は妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ 授乳中ですか？ はい いいえ

月経：順 不順 最終月経： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 閉経： \_\_\_\_\_ 歳

出産予定日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

8、最近(3か月以内)、海外へ行きましたか？

なし あり(場所・期間 \_\_\_\_\_ )

※ご協力ありがとうございました。なお、緊急で診察しなければならない患者さんや予定以上に診察に時間を要する患者さんもあり、予約時間通りに診察できない場合もございます。ご了承頂きますようお願いいたします。