

問 診 票

今日の体温

℃

年 月 日

:

氏
名

男
・
女

大正・昭和・平成・令和

年

月

日生

連絡のとれる携帯電話

1. 本日の受診の症状について : 1~7までご記入ください(小児の方は1~4まで) 該当の項目に ☒ して下さい。

症状はいつからですか?		月	日	から
かぜ症状	☐ 発熱(℃) ☐ 悪寒 ☐ のどの痛み ☐ せき ☐ 鼻水／鼻づまり ☐ 関節痛 ☐ 頭痛			
胸の症状	☐ 動悸 ☐ 胸の痛み・圧迫感 ☐ 息切れ ☐ 呼吸困難感 ☐ 体を動かしたときの息があがる ☐ 足がむくむ			
お腹の症状	☐ 腹痛(みぞおち・臍の周り・下腹部・) ☐ 下痢 回／日 ☐ 嘔吐・吐き気 ☐ 食欲がない ☐ 便秘 日 ☐ お腹がはる			
皮膚	☐ 発疹(全身・顔・体・手・足) ☐ 痒み・痛み ☐ 水疱			
その他の症状	上記にない症状はこちらへ記載ください。			
その他の理由	☐ 健診で異常を指摘された() ☐ 他医療機関より転院希望(医療機関名: → <u>紹介状 有・無</u>) 上記以外の理由はこちらへ記載ください。			

2. 今までかかったことがある、または現在治療中の病気はありますか?

- ☐高血圧 ☐脂質異常症 ☐糖尿病 ☐痛風 ☐狭心症／心筋梗塞 ☐脳梗塞・脳出血 ☐肺結核
☐がん() ☐手術歴()
☐気管支喘息 ☐肺気腫 ☐てんかん ☐精神疾患
☐その他

→現在治療中ですか? ☐いいえ ☐はい (医療機関名)

3. 現在飲んでいる薬、市販薬はありますか? ☐いいえ ☐はい 下記にご記入ください。

お薬手帳・薬剤情報提供書などお持ちの方は見せて下さい。

4. 薬や食物などアレルギーはありますか? ☐ない ☐ある :ある方は下記もご記入下さい

アナフィラキシー(けいれんやショック状態) ☐ない ☐ある
どのようなものですか? ☐食べ物 卵 ・ 牛乳 ・ その他
☐薬剤名

5. 親族・血縁のある方に次の病気はありますか?

☐高血圧(父 ・ 母 ・ 兄弟) ☐糖尿病(父 ・ 母 ・ 兄弟) ☐脳出血・脳梗塞など(父 ・ 母 ・ 兄弟)
☐心臓疾患(狭心症・心筋梗塞・不整脈など(父 ・ 母 ・ 兄弟) ☐肝臓病(父 ・ 母 ・ 兄弟)
☐がん(父 ・ 母 ・ 兄弟) 病名()

6. 喫煙・飲酒について

たばこ ☐吸わない ☐吸う または過去に吸っていた(1日 本× 年)(才~ 才まで)
飲酒 ☐飲まない ☐飲む 週 日、種類・量

7. 女性の方のみお答えください

妊娠中ですか? ☐いいえ ☐はい(か月) ☐可能性あり
授乳中ですか? ☐いいえ ☐はい
生理中ですか? ☐はい ☐いいえ 最終生理 ~ まで