

問診票

ID: (初めての方はこちらをご記入ください) 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日	年齢 歳
お名前						
住所	〒					
電話番号	自宅 ()	携帯	()			
※スタッフ記入欄 体温 °C 血圧 / P SpO2 %						
院内でお名前をお呼びしてよろしいですか?						<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
身長	cm	体重	kg	※最近の体重が不明なときはスタッフにお声がけください。		
喫煙	<input type="checkbox"/> 吸う(本/日)	<input type="checkbox"/> 吸わない	飲酒	<input type="checkbox"/> 飲む	<input type="checkbox"/> 飲まない	

*診察の参考に致しますので、分かる範囲で記入、または○印で囲んでください。

1. 今日、どのような症状で来院されましたか?						
2. いつ頃から症状がありますか?						
3. 下記の病気にかかったことはありますか? <input type="checkbox"/> 特になし						
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高脂血症	<input type="checkbox"/> 痛風			
<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 肝臓病			
<input type="checkbox"/> 脳卒中	<input type="checkbox"/> 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> 緑内障				
<input type="checkbox"/> その他()						
4. 手術歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
ありの方	才頃 ()	才頃 ()				
5. 現在、服用中のお薬はありますか? <input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> 手帳忘れ・ <input type="checkbox"/> 持っていない						
*お薬手帳や血圧手帳などをお持ちの方は、ご提示ください。						
服用中の薬品名()						
6. お薬で副作用がでたことがありますか? <input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ						
あればその薬品名()						
7. 女性の方のみ 現在、妊娠の可能性はありますか? <input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ						
現在、授乳されていますか? <input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ						
8. 当院を受診されたきっかけは?						
1. 家族の紹介	2. 知人の紹介	3. ホームページ	4. 看板をみて			
5. 自宅に近い	6. 職場に近い	7. その他()				

ご協力ありがとうございました。