

問診票

ID: (初めての方はご記入ください)

年 月 日

ふりがな		男		大正		年齢
お名前		・	生年月日	昭和	年 月 日	歳
		女		平成		
				令和		
住所	〒					
電話番号	自宅 ()			携帯 ()		
体温	°C	※スタッフ記入欄	血圧	/	脈拍	SAT %
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
体重 (小学生以下のお子さまのみご記入ください)			k g	※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 <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？(健診の再検査の場合は項目を記入して下さい。)						
最終お食事時間(日 時頃)						
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"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ (はいの場合下記にチェック)						
<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						
*虫垂炎、帝王切開、日帰り手術、外科的な手術なども含みます。						
ありの方 年 (歳)頃 ()						
年 (歳)頃 ()						
5. 現在、他院で処方されたお薬又は市販薬を飲んでいますか？ <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ 手帳お預かり済み						
*お薬手帳をお持ちの方は、ご提示ください。						
内服している薬品名 () 手帳なし・お忘れ・アプリ						
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 現在、妊娠の可能性ありますか？ <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・インターネット 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。

保険証返却

入力者 () 確認者 () 問診票確認者 () マイナカード