

問 診 票

記入日 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
名 前			大・昭・平・令 年 月 日 歳
住 所	〒		
電話番号	自宅	携帯電話	本日の体温 °C

現在、風邪のような症状、下記のような症状はありますか？

- 咽頭痛がある 咳が出る 発熱がある 倦怠感がある 頭痛がある 下痢している
その他 ()
風邪のような症状はない

本日のご相談内容、症状についてお書きください。

本日、特に検査したい事、治療したい事がありましたらご記入ください。

現在加療している疾患、過去に患った大きな疾患、現在内服中の薬剤があれば記載してください。

- なし 高血圧 糖尿病 脂質異常症 心臓病 不整脈 喘息 脳卒中 腎臓病 肝臓病
癌 (部位) その他 ()
内服薬 ()

喫煙・飲酒について教えて下さい。

- 喫煙：以前から吸わない 禁煙した (歳から 歳まで、1日 本位吸っていた。
現在も吸っている (歳から、1日 本位吸っている。)
飲酒：めったに飲まない 飲む (週 日) 種類・量 ()

食べ物や薬・注射のアレルギーはありますか？ ありましたら、どんな症状が出ますか？

- なし あり ()

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

- いいえ はい (妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中)

当院を何で知りましたか？

- 当院の看板 当院のホームページ 知人の紹介 医療機関からの紹介 健診機関からの紹介
病院ナビホームページ その他病院紹介ホームページ google map その他 ()