

問診表

はじめてお越しの方は、できるだけ詳しくご記入ください

■ 基本情報

お名前	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
性別	男 ・ 女
ご住所	〒 _____
電話（自宅）	
電話（携帯）	

■ 本日の受診について

主な症状・お悩み	
いつから	約 日前 / 約 週間前 / 約 か月前 /
症状の程度	<input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 中くらい <input type="checkbox"/> つらい <input type="checkbox"/> 非常につらい

■ 現在の状態（あてはまるものすべてに✓をつけてください）

<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> せき・たん	<input type="checkbox"/> 息切れ・動悸	<input type="checkbox"/> 胸の痛み
<input type="checkbox"/> 頭痛・めまい	<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/> お腹の痛み	<input type="checkbox"/> 下痢・便秘
<input type="checkbox"/> 食欲がない	<input type="checkbox"/> むくみ	<input type="checkbox"/> 関節・筋肉痛	<input type="checkbox"/> 倦怠感・だるさ
<input type="checkbox"/> 体重の変化	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり	<input type="checkbox"/> 目のかすみ
<input type="checkbox"/> 耳鳴り			
<input type="checkbox"/> その他			

■ これまでにかかったことのある病気（既往歴）

<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 心臓の病気
<input type="checkbox"/> 脳卒中	<input type="checkbox"/> 肺の病気	<input type="checkbox"/> 胃・腸の病気	<input type="checkbox"/> 肝臓・胆のう
<input type="checkbox"/> 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> がん・悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> 骨・関節の病気
手術・入院歴	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある →（内容： _____ 年頃）		

■ 現在飲んでいるお薬・サプリメント

お薬手帳	<input type="checkbox"/> 持参した <input type="checkbox"/> 持っていない <input type="checkbox"/> 自宅にある（後日持参）
現在飲んでいる	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（薬名： _____）

■ アレルギー・副作用

薬のアレルギー	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある

■ 生活習慣

喫煙	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 以前吸っていた（やめて約 _____ 年） <input type="checkbox"/> 現在吸っている
飲酒	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 機会飲酒 <input type="checkbox"/> 毎日（ビール _____ 本 / 日本酒 _____ 本）

■ 現在かかっている医療機関

かかりつけ医・	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある →（病院名・診療科： _____ ）
---------	--

■ 女性の方のみ

妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
--------	---

ご記入ありがとうございます。わからないことがあればスタッフにお気軽にお声がけください。

受付日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 担当医： _____