

# 問診票

フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和・平成				
氏名			年 月 日				
住所	〒 ー	自宅電話番号					
		携帯電話番号					
年齢	歳	性別	男・女	身長	cm	体重	kg

<p>① 本日はどうなさいましたか？</p> <p>いつ頃から（ ） 現在の体温（ ℃）</p> <p>どのような症状ですか？</p> <p>咳・発熱（ ℃）・嘔吐・嘔気・下痢・腹痛・頭痛・だるさ・鼻汁・鼻閉・胸の痛み・動悸・喉の痛み・むくみ（部位： ）</p> <p>その他（ ）</p> <p>診察前にインフルエンザの迅速検査をご希望されますか？ 希望する ・ 希望しない</p>							
<p>② 今までにかかった病気・手術について</p> <p>今まで、大きな病気にかかったことはありますか？ ない ・ ある</p> <p>糖尿病・高脂血症・高血圧症・心臓病（ ）・脳疾患（ ）</p> <p>喘息・肝臓病・結核・ガン（部位： ）・緑内障</p> <p>その他（ ）</p> <p>手術経験はありますか？ ない ・ ある（ ）</p>							
<p>③ 現在服用しているお薬はありますか？（お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示下さい）</p> <p>ない ・ ある（お薬の名前： ）</p>							
<p>④ 当院以外に通院されている医療機関はありますか？</p> <p>ない ・ ある（医療機関名： ）</p>							
<p>⑤ 薬・食物のアレルギーはありますか？</p> <p>ない ・ ある（ ）</p>							
<p>⑥ たばこは吸いますか？</p> <p>いいえ ・ 以前は吸っていた ・ はい（ 本/日 年間）</p>							
<p>⑦ お酒は飲みますか？</p> <p>いいえ ・ はい（種類： ）（量： /日）</p>							
<p>⑧ 女性の方にお伺いします。</p> <p>生理中ですか？ いいえ ・ はい</p> <p>妊娠中ですか？ していない ・ 妊娠している可能性がある ・ 妊娠中</p> <p>授乳中ですか？ いいえ ・ はい</p>							
<p>⑨ その他何かございましたらご記入下さい。</p>							
<p>⑩ 当院を何で知りましたか？</p> <p>医院看板 ・ インターネット ・ 開院時のパンフレット</p> <p>電柱広告 ・ 紹介、クチコミ ・ バス広告 ・ その他（折り込みチラシなど）</p>							