

# 問診票

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |    |         |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----|---------|----|
| フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 男  | 大・昭・平・令 | 年齢 |
| 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 女  | 年 月 日   | 歳  |
| 住所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |    |         |    |
| 携帯                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 自宅 |         |    |
| 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                                                                                                        |  |    |         |    |
| どのような症状で来院されましたか？※風邪症状の方は体温をお書きください(_____℃)                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |    |         |    |
| いつ頃からその症状はでましたか？                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |    |         |    |
| 現在、他の医療機関医に通院していますか？※「はい」の場合は医療機関名・治療内容などご記入ください。<br><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい( )<br><br>服用中の薬( )                                                                                                                                                                                                     |  |    |         |    |
| これまでかかった病気・入院や手術などありますか？<br><input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病<br><input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他( )<br><br>時期・医療機関・治療内容などご記入ください。 |  |    |         |    |
| 薬や食べ物でアレルギーはありますか？<br><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい( )                                                                                                                                                                                                                                                    |  |    |         |    |
| この1年間で検診(特定検診または高齢者検診)を受診しましたか？<br><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 時期( )指摘事項( )                                                                                                                                                                                                                             |  |    |         |    |
| 酒を飲みますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい( <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 1日 杯)                                                                                                                                                                                                        |  |    |         |    |
| タバコを吸いますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(1日 本)                                                                                                                                                                                                                                                            |  |    |         |    |
| 女性の方のみお答えください。<br>○現在妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( )週<br>○現在授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい                                                                                                                                                                    |  |    |         |    |