

問 診 票

記入日 年 月 日

ふりがな		生 年 月 日		
お名前		明・大 昭・平	年 月 日	
郵便番号	〒		—	※必ずご記入ください
住 所				
電話番号	(自宅)	年 齢	性 別	男・女
携帯番号	(本人)			
ご家族連絡先	(息子・娘・孫・夫・嫁・その他)	電 話 番 号		

≫どの様な症状でおかかりですか？

- | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> せき | <input type="checkbox"/> 鼻水 |
| <input type="checkbox"/> 頭が痛い | <input type="checkbox"/> のどが痛い | <input type="checkbox"/> たん(白・黄・緑・血痰) |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 食べられない | <input type="checkbox"/> 関節が痛い(部位) |
| <input type="checkbox"/> だるい | <input type="checkbox"/> 胸焼け | <input type="checkbox"/> お腹が痛い(部位) |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 便に血が混ざる |
| <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> 動悸 | <input type="checkbox"/> 息切れ |
| <input type="checkbox"/> 胸が苦しい | <input type="checkbox"/> 胸が痛い | <input type="checkbox"/> 脈が乱れる |
| <input type="checkbox"/> 眠れない | <input type="checkbox"/> 尿の回数が多い | <input type="checkbox"/> 残尿感がある |
| <input type="checkbox"/> 尿をすると痛い | <input type="checkbox"/> 尿に血が混じる | <input type="checkbox"/> 尿が出にくい |
| <input type="checkbox"/> 手足がむくむ | <input type="checkbox"/> 手足に力が入りにくい | <input type="checkbox"/> しびれ(部位) |
| <input type="checkbox"/> 肩がこる | <input type="checkbox"/> くちがまわらない | <input type="checkbox"/> ふるえ(部位) |

≫その他の症状

()

≫その症状はいつからですか？

()

≫今まで大きな病気・手術はありましたか？

【 いいえ ・ はい 】

()
(医療機関名)

≫現在治療中の病気、また飲んでいるお薬はありますか？(お薬手帳をお持ちの方は記入不要です)

【 いいえ ・ はい 】

()
(医療機関名)

≫ アレルギー 【 ない ・ ある 】 ()

≫ タバコ 【 吸わない ・ 吸う 】 (1日 本)

≫ お酒 【 飲まない ・ 飲む 】 (1日 本)

≫ 妊娠の可能性 【 ない ・ ある 】 授乳中

≫最後に、初めて当院に来られた方のみご記入をお願いします。

😊 当院を何で知りましたか？

- 1.看板 2.インターネット 3.知人・家族の紹介 4.その他()