

〈わかる範囲でご記入ください。〉

## 問診票

●患者番号:

●受診日:

令和 年 月 日

|      |               |      |   |
|------|---------------|------|---|
| お名前  | ふりがな          | 身長   |   |
|      |               | 体重   |   |
| 生年月日 | S・H・R 年 月 日 歳 | 住所   | 〒 |
| 性別   | 男 · 女         | 電話番号 |   |

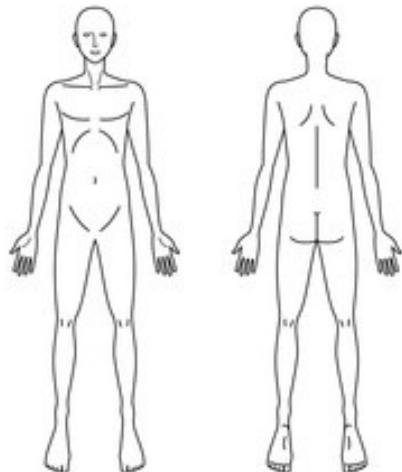
1. 本日ご来院の症状はいつからですか？

・今日(朝・昼・夕)    ·昨日    ·2-3日前    ·1週間前    ·( )週間前くらいから

2. 症状のある部位に印をつけてください。

3. 具体的にはどのような症状ですか？

- ・身体がだるい    ·節々が痛い    ·熱がある(最大 °C)
- ・動悸/胸痛    ·息切れ    ·咳が出る    ·痰が絡む
- ・吐き気がする    ·下痢    ·便秘    ·腹痛
- ・かゆい    ·湿疹    ·健診で異常を指摘された
- ・その他( )



4. 今までにかかった病気などはありますか？    ·ある    ·ない

  いつ頃:( )  
  病名 :( )

5. 現在内服している薬はありますか？    ·ある    ·ない  
  薬の名前:( )

6. アレルギーはありますか？    ·ある    ·ない

  ある場合、それはどのようなアレルギーですか？( )

7. 女性の方へ

  妊娠している可能性はありますか？    ·いいえ    ·はい  
  現在、授乳中ですか？    ·いいえ    ·はい

8. 飲酒、喫煙について

  飲酒    毎日飲む    機会があれば飲む    まったく飲ない(飲めない)  
  1日にビール    日本酒    焼酎    ウイスキー] を[ ml]

  喫煙    吸う    1日に[ 本] を[ 才] から  
  吸わない    以前吸っていた [ 年間・1日 本]

9. 当院を知ったきっかけは何ですか？

家族・知人の紹介( さん)    自宅や職場が近い    ホームページを見た  
  看板を見た    その他( )