

問診票

ご記入日	年 月 日	体温	℃
フリガナ		生年月日	大正・昭和 年 月 日
氏名		性別	平成・令和 (歳)
住所	〒	自宅電話	
		携帯電話	
職業		連絡が付きやすい時間帯	午前 時～ 時・午後 時～ 時

該当する項目に○を付けてお答えください。

今日は どうされましたか？	風邪症状	発熱 咳 たん 喉が痛い 関節痛 寒気 鼻水
	胸の症状	胸痛 胸が苦しい 圧迫感 動悸 息苦しい
	お腹の症状	腹痛 吐き気 嘔吐 下痢 便秘 血便 食欲低下
	その他症状	腰痛 頭痛 めまい ふらつき だるさ
	その他	健康診断の再精査 健康診断 禁煙外来
	※上記の症状に当てはまらない場合や気になることがあればご記入ください。	
症状はいつからですか？		
現在、治療中の 病気はありますか？	高血圧 糖尿病 高脂血症 不整脈 心疾患 痛風 喘息 肝臓病 脳卒中（脳梗塞・脳出血など） その他（ ）	
いつから治療中ですか？	※「ある」とお答えの方 （ ）	
現在、服用中のお薬や 服用していたお薬は ありますか？	ない	※「ある」とお答えの方 薬品名（ ）
	ある	お薬手帳をお持ちでしたら受付にご提示ください
アレルギーを起こした ことがありますか？	ない	薬品名（ ） 食品名（ ）
	ある	その他（ ）
大きな病気やケガ・入院 手術・輸血をした ことがありますか？	ない	※「ある」とお答えの方 ケガ・入院・手術・輸血 病名（ ） 年齢（ ）歳
	ある	病名（ ） 年齢（ ）歳
現在の状態を 教えてください	身長 cm 体重 kg 食欲（よい・普通・不良） 睡眠（よい・普通・不良） 便通（よい・普通・不良）	
喫煙	・吸う（ 本／日、 年間） ・吸わない ・やめた（ 本／日、 歳～ 歳まで） ※当時の喫煙本数、期間をお答えください	
飲酒	・飲む 【種類】 ビール 焼酎 ワイン 日本酒 その他（ ） 【飲酒量】 （ ）合・（ ）ml 【飲酒頻度】 （ ）回／週 ・飲まない	
家族歴	心臓病・脳卒中・脳梗塞・糖尿病・高血圧・高脂血症・癌（部位： ）・肝臓病・結核	
女性の方へ	妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中	

※当院では個人情報患者さまへの医療サービス提供などを目的として利用させて頂いております。
また、個人情報の取り扱いには万全の体制で取り組んでおります。 初版R2.1.1 東谷医院