

◇ 初めての方・久しぶりの方の問診票 ◇

記入日 年 月 日

ふりがな		性別		大正・昭和・平成・令和
お名前		男・女	生年月日	年 月 日 (才)
住所	〒			
連絡先	自宅・携帯 () — ※連絡の取りやすい方をご記入ください			
緊急連絡先	— — (続柄) ※必ず連絡の取れる番号をご記入ください			
家族構成	・家族と同居 (同居人数: 人) ・ひとり暮らし			
職業				

① いつから、どのような症状で来院されましたか？

<いつから> ・今日 ・昨日 ・一昨日 ・()日前から ・()ヶ月前から
 ・症状が出てから一番高かった体温(°C)
 <症状> ・咳 ・鼻水 ・喉の痛み ・吐き気 ・嘔吐 ・下痢 ・喘鳴 ・便秘 ・頭痛
 ・めまい ・息苦しい ・胸痛 ・腹痛 ・胃痛 ・関節痛 ・湿疹 ・高血圧
 ・貧血 ・血尿 ・トイレに近い ・食欲の低下 ・体のむくみ
 ・その他()

② 現在、治療中の病気はありますか？ 〈 ある ・ ない 〉

・「ある」の方⇒ ・高血圧 ・糖尿病 ・不整脈 ・喘息 ・貧血 ・アトピー ・がん ・骨粗鬆症
 ・脳卒中(脳出血・脳梗塞など) ・心疾患(狭心症・心筋梗塞) ・精神疾患
 ・コレステロール、中性脂肪が高い ・痛風(尿酸が高い) ・リウマチ
 ・その他()

③ 現在 服用中のお薬があればご記入ください。
お薬手帳をお持ちの方はお出してください。

④ 今までにかかった病気はありますか？(手術等も含む) 〈 ある ・ ない 〉

・「ある」の方⇒ ・脳卒中(脳出血・脳梗塞など) ・心疾患(狭心症・心筋梗塞) ・不整脈 ・喘息
 ・貧血 ・痛風 ・胆石 ・虫垂炎(盲腸) ・骨粗鬆症 ・尿管結石 ・肺炎 ・腎疾患
 ・胃・十二指腸潰瘍 ・気胸 ・精神疾患 ・がん ・骨折
 ・その他()

⑤ お薬、食物、その他のアレルギーはありますか？ 〈 ない ・ ある ⇒ 薬 ・ 食物 ・ その他 〉
・「ある」の方は 具体的にご記入ください。⑥ 女性の方のみ、ご記入ください。

・妊娠中ですか？ ・はい (ケ月) ・いいえ ・可能性あり
 ・授乳中ですか？ ・はい(お子さん ケ月) ・いいえ ・可能性あり

⑦ その他、希望事項があればご記入ください。(検査をしてほしい、点滴をしてほしいなど)

※ご来院のきっかけを教えてください。

1.近隣・知人の紹介 2.他医療機関からの紹介 3.家、会社、学校の近く
 4.地下鉄駅の広告を見て 5.電柱広告を見て 6.ホームページを見て
 7.その他()