

(この用紙は診療のみに使用します)

# 問診票

フリガナ				NO.	
お名前	男 ・ 女			身長	cm
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年	月	日	歳
・	—			体重	kg
ご住所				現在の体温	℃
自宅電話	—	—	携帯電話	—	—

### ◆この1ヶ月以内に海外に行きましたか？

いいえ ・ はい (いつ: 国名: )

### ◆今回、受診される症状とそれが始まった時期に○をつけてください。

【症状】 喉痛                      咳                      熱                      鼻水  
 腹痛                      下痢                      吐き気                      頭痛  
 動悸                      胸痛                      不整脈                      めまい  
 息苦しさ                      健診での異常                      その他 ( )

【時期】 本日    昨日    ( ) 日前    ( ) 週間前    ( ) ケ月前

### ◆他に通院している病院がありますか？

いいえ ・ はい    病院:                      病名:  
お薬:

### ◆アレルギーが出たことはありますか？

いいえ ・ はい (薬品:                      食品:                      他: )

### ◆今までに治療を受けたことがあるものに○をつけてください。

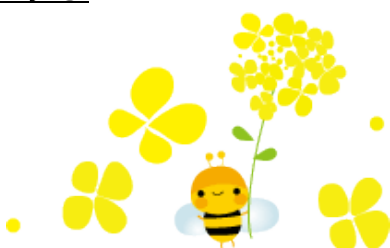
高血圧    膠原病    喘息    胃潰瘍    うつ病等の心療内科疾患  
糖尿病    心臓病    がん    脳梗塞    その他 ( )

### ◆煙草・お酒について○をつけてください。

煙草 【 吸わない ・ 吸う (                      本/日) (                      年間) 】  
お酒 【 飲まない ・ 飲む (何をどれくらい                      /日) 】

### ◆女性のみ○をつけてください。

妊娠中ですか？ 【 いいえ ・ はい 】  
授乳中ですか？ 【 いいえ ・ はい 】  
生理中ですか？ 【 いいえ ・ はい 】  
レントゲン検査を  
【受けてもよい・受けたくない】



### ◆当院のことはどこでお知りになりましたか？ (複数回答可)

家族・知人から聞いた    看板を見た    ホームページを見た    他院からの紹介    他 ( )