

問診票

記入日: 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日 () 才
住所	〒 -		
電話番号	自宅 () 携帯 ()		

本日はどうなさいましたか？

- 発熱 鼻水・鼻づまり 咳・たん 体がだるい 喘息 動悸・息切れ
痛い (のど 胸 おなか 背中 その他())
血圧が気になる いびき・日中の眠気・無呼吸の指摘
胃が痛い・胃がもたれる 胃が重い 吐き気 胸やけ
尿に血がまじる 尿が近い 排尿痛 アレルギー症状 花粉症
むくみ めまい ふらつき 不眠 皮膚のかゆみ 漢方外来 肥満外来
健康診断 検診で再検診 自費診療 ()
その他 ()

症状はいつ頃からありますか？ 約 () 日・週間・ヶ月・年前から

現在治療中または過去にかかった病気はありますか？

- 高血圧 糖尿病 脂質代謝異常 心臓病 痛風 がん 喘息
肝障害 甲状腺 緑内障 アトピー性皮膚炎 その他 ()

現在飲んでいるお薬（市販薬やサプリメント含む）はありますか？

- なし あり ()

タバコ・飲酒について

- タバコ:吸わない 吸う (本/日× 年間)
禁煙した (年前から。それまで喫煙(本/日× 年間))
飲酒:飲まない 飲む (週 日) 種類・量 ()

食べ物や薬・注射のアレルギー(気分が悪くなったり、じんましんが出たりする)はありますか？

- なし あり ()

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

- いいえ はい (妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中)

当院をどちらでお知りになりましたか？

- インターネット 看板 知人 通りがかり その他 ()

※ご協力ありがとうございました。