

問診票

令和 年 月 日

フリガナ		性 別	生 年 月 日		
氏 名		男	T・S・H	年	月 日 (歳)
			携帯番号	()	-
		女	自宅番号	()	-
住 所	〒 -				

身長	cm	血 圧	/	mmHg	体 温	℃
体 重	kg	脈 拍		回/分	SPO2	%

1. 本日はどのような症状で来院されましたか。下記に該当するものがあれば○をして下さい。

胸痛	不整脈	足のむくみ	健診異常	動悸	息切れ	高血圧	紹介状あり	その他()
発熱	腹痛	予防接種・健診	生活習慣病	禁煙外来	外傷	アレルギー疾患	下肢静脈瘤	美容

2. 症状がある方は具体的に書いてください。交通事故や勤務中の怪我の場合は詳しくご記入をお願い致します。

3. 現在ほかの病院にかかっていますか。 はい() ・ いいえ

4. 現在飲んでいる薬はありますか。 はい ・ いいえ

5. 現在または今までに下記の病気で医師にかかったり、健康で指摘されたことはありますか。

該当するものに○をして下さい。

高血圧	心筋梗塞	がん()	糖尿病	狭心症	呼吸器(気管支・肺)疾患	脂質異常症
不整脈	消化器(胃・腸・肝臓・胆のう)疾患	腎臓病	弁膜症	整形(骨・神経)疾患	心不全	
甲状腺疾患	先天性心疾患	婦人科疾患	メタボリックシンドローム	無呼吸症候群	貧血	

6. 今までに手術をされたことはありますか。 はい ・ いいえ

はい の方は具体的に書いてください。 [

7. たばこは吸いますか。 はい(1日何本→) ・ いいえ

8. お酒は飲みますか。 はい ・ いいえ

9. 食べ物のアレルギーはありますか。 はい() ・ いいえ

10. 内服薬や注射のアレルギーはありますか。 はい() ・ いいえ

11. 女性の方へ 現在、妊娠はされていますか。 はい ・ いいえ(最終月経 月 日)

12. 血縁関係の方で病気の方はいますか。(父・母・兄・弟・姉・妹・祖父・祖母・子で記入してください)

13. 何をご覧になって来院されましたか。

近 所 ・ インターネット ・ 紹 介() ・ 看 板 ・ 雑 誌

14. その他、聞きたいこと、気になることがあればお書きください。