

問 診 票

フリガナ			男	生年月日	() 歳
氏 名			女	大昭平令	年 月 日
住 所	〒 -		電話 ()	-	
			携帯	- -	
身長	cm	体重	kg	血压	/ 体温 °C
本日は どうされましたか？	風邪症状	<input type="checkbox"/> 熱がある(°C) <input type="checkbox"/> 咳が出る <input type="checkbox"/> 鼻水が出る <input type="checkbox"/> 鼻がつまる <input type="checkbox"/> たんが出る <input type="checkbox"/> 喉が痛い <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 寒気			
	腹部症状	<input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 胃の調子が悪い <input type="checkbox"/> 食欲不振			
	胸部症状	<input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 胸が苦しい <input type="checkbox"/> 圧迫感 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息苦しい			
	その他症状	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> 吐血 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> 胸やけ <input type="checkbox"/> ふらつき			
	皮膚症状	<input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み			
	その他	<input type="checkbox"/> 検診の再検査 <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 禁煙外来			
	※上記の症状に当てはまらない場合などはこちらへご記入ください。				
その症状はいつからですか？		<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 現在痛みはない			
今までに下記の病気にかかった事がある、又は、現在治療中である。(ある方は下記に○をつけて下さい) ・糖尿病 ・胃十二指腸潰瘍 ・高血圧 ・脂質異常症 ・肝 臓 ・心 臓 ・腎 臓 ・甲状腺 ・その他 ()					
その病気のため薬を飲んでいる。		飲んでいる		飲んでいない	
※お薬手帳をお持ちの場合は受付にご提示ください		薬品名:		病院名:	
過去に手術や大きな病気にかかったことがある。		ある		ない	
		いつ頃:		どのような病気で:	
アレルギー体質と言われたことがある。		ある		ない	
		具体的に			
薬や注射で気分が悪くなったことがある。		ある		ない	
		薬品名:			
お酒を飲む。		飲む		ときどき飲む 飲まない	
		酒()合/日		ビール()本/日	
タバコを吸っている。		吸っている			
		()本/日 × ()年			
		吸っていない		(以前から吸わない ・ ()歳から禁煙)	
女性の方にお聞きします。		妊娠中()ヶ月		妊娠の可能性はある	
		授乳中		授乳中でない	
		妊娠していない			