

【問診票】

ID:

受付日: 年 月 日

■受診者	フリガナ	男 女	生年月日	年 月 日
	お名前		明・大・昭・平	
■現住所	〒			
電話番号	()	携帯電話	()	

診察の前に 血圧・体温・身長・体重 の測定があります(初回のみ)

20歳以降の 最高体重: () kg 最低体重: () kg	
■受診理由/症状	いつから、どこが、どのように? 具体的にお書き下さい。院内検温【 】℃
■いつから	<input type="checkbox"/> 1週間以上前 <input type="checkbox"/> 1週間以内 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> 本日
■食欲	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> むらがある
■便秘	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 下痢気味 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 不規則
■睡眠	<input type="checkbox"/> よく眠れる <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不眠がち
■女性の方は 記入して下さい	月経: 正・不正 今: 月経中・否 妊娠中: はい・いいえ → 妊娠 ヶ月
	妊娠の可能性: ある・ない 授乳中: はい・いいえ → 産後 ヶ月

薬や注射による副作用 ない ある (薬品名/症状:)

アレルギー ない ある 鼻炎・花粉症・アトピー性皮膚炎・気管支炎・金属アレルギー・じんま疹・動物・食物(具体的に:)

今までの病気が・手術 ない ある (病名/いつ頃)

輸血を受けた事 ない ある (いつ頃)

家族の病気 ない ある 高血圧・高脂血症・糖尿病・痛風・脳卒中・狭心症/心筋梗塞・大腸癌・うつ・その他 ()

心不全の診断を受けた事がありますか? ない ある

尿が出なくなった事がありますか? ない ある

緑内障/眼圧が高いと言われた事がありますか? ない ある

定期的な健康診断/人間ドック ない ある (異常項目があった方:)

他の医療機関で治療中の病気 ない ある (医療機関名/症状)

現在服用中のお薬、サプリメント ない ある (薬品・商品名:)

喫煙 ない ある 1日 () 本 () 年間 禁煙中 () 才~

飲酒 ない ある (種類: 量: ml/日・回/週)

障害 ない ある (視力・聴力・運動・その他)

◆当院を何でお知りになりましたか。

インターネット 情報誌 看板 知人 家族 その他()

↓↓※裏面に続く※↓↓↓↓※裏面に続く※↓↓↓↓※裏面に続く※↓↓↓↓※裏面に続く※↓↓