



問診票

※紹介状や資料をお持ちの場合は、診察前に受付に提出してください。

ふりがな				男 女	大・昭・平・令	年	月	日	生	()歳
氏名				生年月日						
住所	〒 -							身長	cm	
電話番号	自宅:	携帯:				体重	Kg			

* 下記質問事項にご記入(口にチェックをお願いします)く不明なところは空欄で結構です)

①本日はどうなさいましたか? お越し頂いた理由に該当する症状を、○で囲んで下さい。

発熱() 鼻水 息苦しい 軟便	() 鼻づまり 腹痛 便秘	頭痛 寒気 吐き気 血便	のどの痛み 動悸 嘔吐(おうと) 背部痛	咳 胸痛 下痢 腰痛
---------------------------	-------------------------	-----------------------	-------------------------------	---------------------

②気になることやご相談したい内容などはございますか?

()

③それらは、いつから症状がみられますか? ○で囲んで下さい。

今日 昨日 おととい その他(年前、 ヶ月前、 週間前、 日前)

④お手数をお掛けしますが、次の質問にお答え下さい。該当する方を○で囲んで下さい。

1、今までに大きな病気・手術・大けがのご経験はございますか?

いいえ はい → ()

2、現在治療中の病気はございますか? ※お薬手帳などがございましたらお渡し下さい

いいえ はい → ()

3、注射が合わなかったり、調子が悪くなったことはございますか?

いいえ はい → ()

4、薬を飲んで発疹が出たり、気分が悪くなったことはございますか?

いいえ はい → ()

5、今までにアレルギーと言われたことはございますか?

いいえ はい → ()

6、喘息やじんましんをおこしたことはございますか?

いいえ はい → ()

7、(女性のみ) 妊娠または妊娠の疑い、また授乳中ですか?

いいえ はい → ()

8、その他、伝えておきたいことがございましたら下記に記載してください

[]

●当院受診のきっかけを教えてください

- ①ホームページ ②知り合いのご紹介 ③近くに住んでいる ④家族が通院中
 ⑤公共機関の宣伝 ⑥警察病院からの継続 ⑦その他()