

# 問 診 票



|      |             |    |    |     |     |    |             |   |
|------|-------------|----|----|-----|-----|----|-------------|---|
| ふりがな |             |    |    | 男   | 生年  | 明大 | 年 月 日 ( 歳 ) |   |
| お名前  |             |    |    | 女   | 月 日 | 昭平 |             |   |
| 現住所  | 〒 _____ 市 区 |    |    |     |     |    |             |   |
| 電話①  |             |    |    | 電話② |     |    |             |   |
| 身長   | cm          | 体重 | kg | 職業  |     |    | 体温          | ℃ |

※クリニックからご連絡させて頂く場合、どちらがよろしいですか？（電話①・電話②）

1. どのような症状ですか？ ○をつけてください。また、それはいつごろからですか？

|          | 症 状                                     | いつから |
|----------|---|------|
| 風邪症状     | 発熱（ ℃）・頭痛・せき・たん・鼻水・鼻づまり・のどの痛み<br>その他（ ） |      |
| 胸部症状     | 胸痛 ・ 息切れ・動悸 ・ その他（ ）                    |      |
| 腹部症状     | 腹痛 ・ 食欲不振 ・ はきけ ・ 下痢 ・ その他（ ）           |      |
| 健康診断の再検査 |   |      |
| その他      |   |      |

2. 今回の症状で、他の病院の診療を受けましたか？（ はい ・ いいえ ）

はいの方・・・ 医療機関名（ ） 病名（ ）  
いつ（ ） 投薬（ あり ・ なし ）

3. 現在、他にかかっている医療機関はありますか？（ はい ・ いいえ ）

はいの方・・・ 医療機関名（ ） 病名（ ）  
服用中の薬（ ）

4. 健診を受けていますか？（ はい [ 今年 ・ 去年 ・ それ以前 年頃] ・ いいえ ）

5. 今までに大きな病気、手術を受けたことがありますか？（ はい ・ いいえ ）

はいの方・・・ 病名（ ） いつごろ（ ）

6. 今までに薬、注射や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？（ はい ・ いいえ ）

はいの方・・・（ ）

7. 肉親で次のような病気の方はいますか？（ はい ・ いいえ ）

はいの方・・・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 癌 ・ 脳卒中などの脳血管障害

8. 日常生活について

- ・酒 飲まない ・ 飲む（ビール・日本酒・ウイスキーを \_\_\_\_\_ 日に \_\_\_\_\_ 缶・合・杯）
- ・タバコ 吸わない ・ 吸う（1日に \_\_\_\_\_ 本、 \_\_\_\_\_ 歳頃から）

9. 成人女性の方へ・・・妊娠の可能性はありますか？（ はい ・ いいえ ）

最終月経は？ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

授乳中ですか？（ はい ・ いいえ ） 閉経はいつですか？ \_\_\_\_\_ 歳頃

10. 渡航歴はありますか？（ はい ・ いいえ ）

・いつ頃ですか？（ ） ・ 渡航先は？（ ）