

一般診療問診票

平成 年 月 日

フリガナ					男	生年月日 明 昭 年 月 日 才			
氏 名					女	大 平 年 月 日 才			
住 所	〒				電話 ()				
職 業 (具体的に)					身長	cm	体重	kg	

1. いつからどんな症状がありますか

◎いつから:(年 月 日) 頃から

◎症状のあるものを囲んでください

<input type="checkbox"/> 熱 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 鼻閉 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん(白・黄色・緑・赤・黒) <input type="checkbox"/> 息切れ(安静の時・動いた時) <input type="checkbox"/> ゼーゼー・ヒューヒュー <input type="checkbox"/> 胸痛(発作的・持続的) <input type="checkbox"/> ときどきする <input type="checkbox"/> 血圧が高い <input type="checkbox"/> 頭痛(重い痛み・ずきずきする痛み) <input type="checkbox"/> めまい(ふわふわ・くるくる回る) <input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> 吐き気・おう吐 <input type="checkbox"/> 腹痛(発作的・持続的)・(右・左)・(上・真ん中・下) <input type="checkbox"/> 下痢(回/日) <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> お腹がはる <input type="checkbox"/> 検診で異常をいわれた() <input type="checkbox"/> その他()

2. 食事はとれていますか? ふつう 少ない 食べられない

3. 水分はとれていますか? はい 少し いいえ

4. 現在、他の病院を通院されていますか? はい いいえ

5. 常備薬はありますか? はい いいえ

6. 今までに大きな病気をしたことがありますか?

ない ある(何歳の時 病名 治療内容)

7. 輸血を受けたことがありますか? ない ある(何歳の時 病名)

8. アレルギーがありますか? 薬(ない・ある) 食べ物(ない・ある)

9. 飲酒 飲まない 飲む(1日 合)

10. 喫煙 飲まない 飲む(何歳から 1日 本)

以前飲んでいた(何歳でやめた 歳)

11. 家族の方に病気の方がいる

糖尿病 高血圧 心臓病 高脂血症 がん 花粉症

その他()

12. 女性の方

◎ 妊娠の可能性 なし あり ◎ 閉経 していない している(歳)

13. 当医院を知った(選んだ)きっかけを教えてください。

友人・知人の紹介 看板をみて ホームページ その他()

14. その他、お気づきの点がございましたらご記入ください。

()