

# 問診票

記入日：令和 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日			
氏名			大・昭・平・令	年	月	日
住所	〒 -		身長		cm	
			体重		kg	
連絡先	携帯電話 -	-	職業			
	固定電話 -	-				

本日はどうなさいましたか？  
風邪の症状(熱 のどが痛い 鼻水・鼻づまり 咳 痰 頭痛)  
花粉症の症状(くしゃみ 目がかゆい 鼻水・鼻づまり)  
吐き気 下痢 便秘 尿に血が混じる 尿が近い 排尿時に痛みがある  
のどが渇く 多飲 多尿 体重が急に減った かゆい むくむ 不眠  
糖尿病が気になる 血圧が気になる 脂質(コレステロール・中性脂肪)が気になる  
尿酸が気になる 甲状腺が気になる 健診や人間ドックで異常を指摘された  
他の医療機関へ通院中だが、当院へ変更したい アレルギー検査(View 39)希望

症状はいつ頃からですか(ある方のみ)？ 約( )日・週間・ヶ月・年前から

現在飲んでいる薬(市販薬やサプリメント含む)はありますか？  
なし あり( )  
「あり」の場合、どちらから処方されていますか？( )

過去に入院や手術を受けたことはありますか？いつ頃かも分かればご記入下さい。  
なし あり( )

家族(血縁者)に次の病気の方はいますか？いる場合は続柄を記入してください。  
糖尿病( ) 脂質異常症( ) 高血圧( ) 脳梗塞( ) 心筋梗塞( )

喫煙：吸わない 吸う( 本/日 × 年間) 禁煙した( 年前から)  
飲酒：飲まない 飲む(週 日) 1日あたりの量・種類( )

食べ物や薬・注射のアレルギーはありますか？ なし あり( )

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？  
いいえ はい(妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中)

当院をどちらでお知りになりましたか？  
インターネット 知人 家族 看板 雑誌 医療機関からの紹介 その他( )