

〈問診票〉

ふりがな) お名前)	生年月日 ・ 性別	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
ご住所) 〒 ー			自宅電話) 携帯電話)	
【受診内容】 どういった内容で受診されましたか？ (いつからですか?)				
年 月 日 時頃から (どのようなご相談又は症状がありますか?)			*風邪の方 (体温) _____ 度 分	
(今一番つらい症状は何ですか?)			*身長・体重は? _____ cm kg	
その他	<input type="checkbox"/> 検診の再検査 <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 禁煙外来 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 予防接種の相談			
現在治療中の病気 又は 過去に治療を受けた 病気はありますか?	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	*「ある」とお答えの方 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 (不整脈も含む) <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> その他 (才～)		
血縁の方の ご病気について 教えてください	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	*「ある」とお答えの方は具体的に→ (例) 父: 高血圧症 母: 脳梗塞 兄弟: 胃潰瘍等		
飲んでいる お薬はありますか?	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	*「ある」とお答えの方 ●お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。		
お薬や食品、その他 でアレルギーが出た ことはありますか?	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	*「ある」とお答えの方 薬品名 () 食品名 () その他 (例: 花粉症など)		
アルコールは飲みますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	*「はい」とお答えの方 種類 () 量 (ml/ 日・週・月)		
タバコは吸いますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	*「はい」とお答えの方 → 本数 (1日に 本) 年数 (年) *以前喫煙していた方 → (才から 才まで 本/日)		
女性の方へ	<input type="checkbox"/> 妊娠の可能性 (あり ・ なし) <input type="checkbox"/> 妊娠中 () ヶ月 <input type="checkbox"/> 授乳			
どのようにして当院をお知りになりましたか?				
<input type="checkbox"/> インターネット (パソコン・スマートフォン) <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 知り合いからの勧め <input type="checkbox"/> 親族からの勧め <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 近所だから <input type="checkbox"/> その他 ()				