

問診票（初診・久しぶりの受診の方）

記入日 年 月 日

フリガナ		年齢	性別	ID	
氏名		才	男 女	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
住所	〒 -			電話番号	- -

1. 今日はどうされましたか？ 当てはまるものに○をつけて下さい。
 発熱（ °C）・ 寒気 ・ 倦怠感 ・ 鼻水 ・ 鼻づまり ・ 咳 ・ 痰 ・ のどの痛み
 口渇 ・ 頭痛 ・ めまい ・ 胸痛 ・ 動悸 ・ 息切れ ・ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ 食欲低下
 胃痛 ・ 胃もたれ ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ 便秘 ・ 黒色便 ・ 血便 ・ 頻尿 ・ 排尿時痛
 浮腫 ・ 関節痛 ・ 湿疹 ・ かゆみ ・ その他の症状
 健診異常 ・ その他
 []

2. その症状はいつ頃からありますか？
 _____年_____月_____日 朝・昼・夕・夜から

3. その症状に対して飲んでいる薬はありますか？
 なし ・ ある []

4. 女性の方に質問です。現在、妊娠や授乳中ですか？
 いいえ ・ はい []

5. 現在、治療や経過観察中の病気はありますか？ 当てはまるものに○をつけて下さい。
 なし ・ 高血圧症 ・ 糖尿病 ・ 脂質異常症 ・ 高尿酸血症 ・ 気管支喘息 ・ 脳卒中
 虚血性心疾患 ・ 慢性肝疾患 ・ 慢性腎疾患 ・ 前立腺肥大症 ・ 緑内障 ・ その他
 []

6. 常用している薬やサプリメントはありますか？
 なし ・ ある []

7. 今までに入院や手術をした事がありますか？
 なし ・ ある []

8. 今までに薬や食べ物でアレルギー反応を起こした事がありますか？
 なし ・ ある []

ご記入ありがとうございました。場合によって診察の順番が前後する事がありますが、
 あらかじめご了承ください。 港町つばさクリニック