

問診票（初診・久しぶりの受診の方）

記入日 20__年__月__日

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

1. 今日はどうされましたか？ 当てはまるものにすべて○をつけて下さい。

- ① 倦怠感・疲労感・関節痛・頭痛・目のかゆみ・目やに・鼻水・鼻づまり・咳・痰・口渇・口内炎・めまい・耳鳴り・胸痛・動悸・息切れ・呼吸苦・吐き気・嘔吐・食欲低下・胃痛や腹痛・胃もたれ・下痢・便秘・黒色便・血便・頻尿・排尿時痛・浮腫・湿疹・かゆみ

② その他

[]

③ 健診異常

[]

2. いつ頃からの症状ですか？ _____年__月__日の朝・昼・夕・夜から

その症状に対して薬を飲んでいますか？

なし・あり []

3. 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(痛風)・肥満(BMI 25以上・30以上)・肺気腫・気管支喘息・脳梗塞・脳出血・心血管疾患・慢性肝疾患・肝硬変・慢性腎臓病・前立腺肥大症・緑内障・悪性腫瘍()

その他 []

4. 常用している薬やサプリメントはありますか？

なし・ある []

5. 今までに飲酒歴や喫煙歴はありますか？

飲酒(飲まない・ほとんど～たまに・週に何回か・ほぼ毎日)

喫煙(吸ったことがない・以前に・喫煙中(紙巻たばこ・電子たばこ))

6. 今までに入院や手術をした事がありますか？

なし・ある []

7. 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 []

8. 現在、妊娠や授乳中ですか？ いいえ・わからない・はい(妊娠__週 / 授乳中)

ご記入ありがとうございました。診察の順番が前後する事がありますが、あらかじめご了承下さい。