

問診票

ふりがな		男 女	生年月日	大・昭 平・令	年	月	日
氏名							
住所	〒						
電話番号	(自宅) (携帯)						

1. 今日はどうされましたか？

- ☐ 発熱（ °C） ☐ 頭痛 ☐ 咳 ☐ 鼻水 ☐ のどの痛み
☐ 腹痛 ☐ 下痢 ☐ 便秘 ☐ 吐き気 ☐ 食欲不振
☐ めまい ☐ ふらつき ☐ 動悸 ☐ 倦怠感 ☐ むくみ
☐ 血圧が高い ☐ コレステロールが高い ☐ 口が渇く ☐ 目が渇く
☐ 血糖が高い ☐ 体重が減る ☐ 疲れやすい ☐ 湿疹ができやすい
☐ 関節が痛い ☐ 甲状腺が腫れている ☐ 健診で異常があった（ ）
☐ その他（ ）

2. 現在、治療中の病気、または過去にかかった病気はありますか？

- ☐ ある ➡ ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 心臓病 ☐ 肝臓病
☐ 腎臓病 ☐ 喘息 ☐ 結核 ☐ がん
☐ 脂質代謝異常 ☐ 脳梗塞/脳出血 ☐ 痛風
☐ 関節リウマチ ☐ 膠原病 ☐ その他（ ）
- ☐ ない

3. 現在、他の医療機関への通院はありますか？

- ☐ ある → 医療機関名 ()
- ☐ ない

4. 現在、服用中のお薬はありますか？

- ☐ ある ➡ お薬手帳をお持ちの方はお出しください。
お薬手帳が無い場合はご記入ください。
薬（ ）
- ☐ ない

5. これまでに薬や食べ物に対してアレルギーが出たことはありますか？

- ある → ()
- ない

6. 女性の方にお聞きします。現在、妊娠中ですか？

- ☐ はい → (週目)
☐ いいえ ☐ 妊娠の可能性がある

7. 来院となったきっかけは？

- ☐ インターネット
 ☐ 近所、通りすがり
 ☐ 知人の紹介 ()
- ☐ 他院からの紹介 (病院) (クリニック・医院)