

問診票（内科）

No. 記入日 年 月 日

フリガナ		身長	cm	体重	kg
氏名	(男・女)	連絡先	携帯 (-)	自宅 (-)	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 歳	体温	℃	職業	
住所	〒 -				

おわかりになる範囲でけっこうですので、以下の質問にお答えください。

いつから症状がありますか？	月 日 ()		
どのような症状ですか？	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 関節の痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 体がだるい <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> ふらつく <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 切り傷 <input type="checkbox"/> その他 ()		
現在治療中の病気	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 痛風(尿酸値が高い) <input type="checkbox"/> 脳こうそく <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> その他 ()		
飲んでいるお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある () ※ おくすり手帳または薬剤情報提供書をお持ちの方は記入不要です。受付にお出してください。		
薬や食べ物のアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()		
今までに病気、入院、手術をされたことはありますか？	いつ 病名 (病院名)		
生活習慣について	お酒 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (<input type="checkbox"/> 毎晩 <input type="checkbox"/> 週1~2 <input type="checkbox"/> 月1~2) たばこ <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (1日 本 年) <input type="checkbox"/> やめた (年前から)		
【女性の方】妊娠の有無	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	【女性の方】授乳中ですか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある

アンケートにご協力お願いいたします。当院はどちらでお知りになりましたでしょうか。

- ホームページ 内覧会 チラシ 通りすがり 他院からの紹介 (医院名 :)
 その他 ()