

問診表

受診日 年 月 日

フリガナ		生年月日：大・昭・平・令 年 月 日
氏名		性別： 男 ・ 女 年齢： 歳
住所 〒		
電話番号 ()	携帯 ()	
お勤め先 (学校名)		

いつから 月 日 時頃から 当院での体温 _____℃

発熱外来の方→ 37.5℃以上の熱は出たのは 月 日・最高 _____℃

自覚症状 該当する症状に☑してください。

- 熱がある 倦怠感 関節痛 悪寒 喉が痛い 咳 止まらない 息苦しい 頭痛
- めまい 鼻水 鼻づまり 痰が出る 痰が絡む 湿疹 蕁麻疹 顔・足のむくみ
- 胸が痛い どきどきする 胸が締め付けられる 無気力 疲れやすい 眠れない
- 腹痛 腹部の張り 便秘 下痢 胃痛 吐き気 嘔吐 のどが渇く 目がかゆい
- 排尿時痛 残尿感 排尿困難 血尿 頻尿 親指の付け根が痛む 背部痛 腰痛
- 妊娠の可能性・妊娠中 (週目・予定日 年 月) 授乳中

その他 ()

現在治療中の病気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり *かかりつけ医 ↓ ()	病名 <input type="checkbox"/> 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等) <input type="checkbox"/> 心疾患 (狭心症・心筋梗塞・不整脈) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> コレステロール・中性脂肪が高い <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 不眠症 具体的に【いつから発症し治療開始したか】 ()
---	---

現在飲んでいる薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬局)	薬のなまえ【お薬手帳をお持ちでしたら、受付にご提出ください。】 ()
--	--

過去にかかった病気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	病名 <input type="checkbox"/> 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等) <input type="checkbox"/> 心疾患 (狭心症・心筋梗塞・不整脈) <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 胆石 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 虫垂炎 (盲腸) <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 気胸 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 尿管結石 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他 (手術等)
---	---

薬・食べ物のアレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	該当する薬や食べ物 () ・採血時アルコール綿 (消毒) のアレルギーはありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
---	---

喫煙	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> やめた【 歳まで吸っていた】1日平均 ()本× ()年間
-----------	---

飲酒	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> やめた【 歳まで飲んでいた】
-----------	---

裏面のご記入もお願い致します。

(新患)

