

# 問診票

令和 年 月 日

ふりがな		性別	男性	女性			
氏名		生年月日	大 昭 平 令 年 月 日 (満 歳)				
住所	〒						
	自宅電話番号		携帯電話番号				
職業		身長	cm	体重	kg	今の体温	℃

【1】 本日は、おもにどのような症状で来院されましたか？（あてはまるものにチェックをしてください。）

いつ頃から  昨日  おととい  4~5日前  1週間前  1ヶ月前  
 1ヶ月以上前  または 年 月 日頃から

どんな症状  発熱  頭痛  咽頭痛  咳  痰  鼻水  鼻づまり  
 腹痛  下痢  吐き気  嘔吐  胃もたれ  胸やけ  
 動悸  息切れ  胸が痛い  胸が苦しい  
 めまい  肩こり  便秘  不眠  健康診断で異常と言われた  
 その他 ( )

【2】 現在、当院または他院にて診察を受けたり、治療中の病気はありますか？

いいえ  
 はい ( )

【3】 今までに病気やけがで入院したことや手術を受けられたことがありますか？

いいえ  
 はい ( )

【4】 お薬や食べ物で蕁麻疹などのアレルギー症状が出たことがありますか？

いいえ  
 はい ( )

【5】 タバコは吸われまか？

いいえ  
 はい ( \_\_\_\_ 歳から、1日 \_\_\_\_ 本くらい)  
 過去に吸っていたが、今は止めている ( \_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_ 歳まで、1日 \_\_\_\_ 本くらい)

【6】 お酒はお飲みになりますか？

飲まない  
 ときどき飲む  
 ほとんど毎日飲む

【7】 女性にお尋ねします。現在妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？

いいえ  
 はい ( \_\_\_\_ ヶ月)  
 わからない