**問診票**

受診日　令和　　　　　年　　　　月　　　　日

患者ID

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男　　女 | 大正　昭和　平成　令和  　 　 　　年　　　　　月　　　　日(　　　　歳) |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | (自宅)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(携帯番号) | | |
| ご家族  連絡先 | ()　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(続柄)　　　　　　　　(電話番号) | | |
| (身長)　　　　　　㎝　　(体重)　　　　　　　㎏　　(体温)　　　　　　℃　(血圧)　　　　　　/ 　 　(脈拍) | | | |

**◎本日はどうされましたか？症状をおしえてください。**

**該当する部分にチェックお願いいたします。**

□頭痛

□力が入りにくい

□めまい

□ふらつく

□話しづらい

□しびれ

□物忘れ

□物の見え方がおかしい

□吐き気

□嘔吐

□腹痛

□下痢

□便秘

□胸が痛い

□動悸がする

□息苦しい

□発熱（　　　　　℃）

□風邪症状

(咳・痰・鼻汁・鼻閉・咽頭痛)

□花粉症

□紹介状を持参している

□その他(具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

**◎その症状はいつからですか？**(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

**◎現在治療中の病気や今までに大きな病気やけがはありますか？**

□特になし　　　□脳疾患(□脳梗塞　　　□脳出血)　　　□高血圧　　　　□糖尿病　　　　□高脂血症

□高コレステロール血症　　　□癌(　　　　　　　)　　□心疾患(□心不全　　　□心筋梗塞　　　□不整脈)

□喘息　　　□痛風　　　□前立腺肥大　　□アトピー性皮膚炎　　　□甲状腺機能低下症

□甲状腺機能亢進症　　□花粉症　　　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

**◎現在服用中の内服はありますか？**

□ない　　　　□ある　　(　□当院　　□他院：お薬手帳のご提示をお願いいたします。)

**◎薬や食べ物でアレルギーはありますか？**

□ない　　　　□ある(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

**◎嗜好品について**

アルコール　□飲まない　　　□飲む（週に　　　　　回）種類・量(　　　　　　　　　　　　　　　　)

たばこ　　　　□吸わない　　　□吸う（　　　　本/日　　　　年）　　□やめた

**※女性の方にお聞きします。妊娠中・妊娠の可能性・授乳中ですか？**

□いいえ　　　□はい　(□妊娠中　　　　□妊娠の可能性　　　　□授乳中　　)

この用紙は、必要な内容を電子カルテに取り込み、所定の期間保存します。その後、シュレッダーにかけ破棄いたします。

ご記入ありがとうございました。　　　　　　ゆうあい内科・脳神経クリニック