

患者 ID _____

問 診 票

受診日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ		男 女	大正 昭和 平成 令和
氏名			年 月 日(歳)
住 所	〒 _____		
電話番号	(自宅) _____	(携帯番号) _____	
ご 家 族 連 絡 先	おなまえ:フリガナ (お 名 前)	(続柄)	(電話番号)
(身長)	cm (体重)	kg (体温)	℃ (血圧) / (脈拍)

該当する部分にチェックをお願いいたします。

◎本日はどうされましたか？症状をおしえてください。

- | | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> 物忘れ | <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 発熱(_____ ℃) |
| <input type="checkbox"/> 力が入りにくい | <input type="checkbox"/> 物の見え方がおかしい | <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 風邪症状
(咳・痰・鼻汁・鼻閉・咽頭痛) |
| <input type="checkbox"/> めまい | | <input type="checkbox"/> 胸が痛い | <input type="checkbox"/> 花粉症 |
| <input type="checkbox"/> ふらつく | <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 動悸がする | <input type="checkbox"/> 紹介状を持参している |
| <input type="checkbox"/> 話しづらい | <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 息苦しい | |
| <input type="checkbox"/> しびれ | <input type="checkbox"/> 腹痛 | | |
| <input type="checkbox"/> 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？

- | | | | | |
|-------------------------------------|---|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 特になし | <input type="checkbox"/> 脳疾患(<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血) | <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 高脂血症 |
| <input type="checkbox"/> 高コレステロール血症 | <input type="checkbox"/> 癌(_____) | <input type="checkbox"/> 心疾患(<input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞) | <input type="checkbox"/> 不整脈 | |
| <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> 痛風 | <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 | <input type="checkbox"/> 甲状腺機能低下症 |
| <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 | <input type="checkbox"/> 花粉症 | <input type="checkbox"/> 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)