

問 診 票

2025年 月 日

フリガナ

名前 _____ (男・女) 年齢 _____ 歳

お住まい _____ 都・道・府・県 _____ 市・町・村・郡 身長 _____ cm 体重 _____ Kg

※体調が悪くて我慢できなくなった際は、遠慮なく職員までお申し出下さい。 体温 . ℃

<p>①今日どのような症状があって来院されましたか？具体的に記入して下さい。</p> <ul style="list-style-type: none">・いつから 【時期】 (日 前) (時 間 前) (ヶ 月 前) (年 月 日)・どこが 【部位】・どのように 【症状】 <p>①-2 他の病院で指摘された病名はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ある (病名 _____)</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p>
<p>②今までに病院などで、指摘されたことがある病気はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 喘息</p> <p><input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> その他(_____)</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p>
<p>③現在飲んでいるお薬はありますか？(漢方薬・健康食品・サプリメントなどを含む)</p> <p><input type="checkbox"/> ある (薬の名前: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p>
<p>④今までに手術を受けられたことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ある (_____) 歳 (病名: _____) (病院名: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p>
<p>⑤輸血を受けられたことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ある (_____ 年 _____ 月 _____ 日)</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p>
<p>⑥薬や注射によるショック・湿疹・じんま疹などの副作用を経験したことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ある (薬の名前: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p>
<p>⑦アレルギー体質といわれたことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ある (_____)</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p>
<p>⑧タバコを吸われますか？または過去に吸っていましたか？</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> 吸っている(1日 _____ 本くらい) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた(_____ 本/日 _____ 歳～ _____ 歳まで _____ 年間)</p>
<p>⑨お酒類は飲まれますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 飲む (種類: _____ ・どのくらい: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> 飲まない</p>
<p>⑩ご家族や血縁者の中に大きな病気をされた方はいますか？</p> <p><input type="checkbox"/> いる (続柄: _____) (病名: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> いない</p>
<p>⑪女性の方にお聞きします。</p> <p>・最終月経日はいつですか？(_____ 月 _____ 日) ・月経は順調ですか？(<input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 不順 <input type="checkbox"/> 閉経)</p> <p>・妊娠していますか？(<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない) ・授乳していますか？(<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ)</p>

ID _____ 受付時間 _____ : _____ 紹介状 有・無 CD-R 有・無
フィルム 有・無 心電図 有・無

☞ 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。