

問診票

日付 年 月 日

I D

お分かりになる範囲で、下記の質問にお答えください

(ふりがな) 氏名	()	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	() 歳
--------------	-----	--	----------

初診の方は下記をご記入ください

住所	〒		
電話番号	()	<input type="checkbox"/>	
	携帯電話 ()	<input type="checkbox"/>	
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月 日

本日はどのような症状で来院されましたか？

いつ頃から	() から
症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 関節の痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> めまい・ふらつき <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 気分の落ち込み <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> その他 ()
現在治療中の 病気はありま すか？	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肺気腫 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> その他 ()
今飲んでいる お薬は？	() ※お薬手帳のご提示でも
今までかかっ た大きな病気 は？	
身内に次の方 はいますか？	<input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他 ()
喫煙	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (本/日 × 年間) <input type="checkbox"/> 禁煙した (年前)
飲酒	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (杯/日) (回/週)
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()