

問診票

平成 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日
お名前		男	大正・昭和・平成
		女	年 月 日 (歳)
住所	〒		
電話	自宅：	身長	体重
	携帯：		

当てはまる□に✓を入れて下さい。

1. いつ頃からですか？

今日 昨日 2日前 3～5日前 1週間前 その他 ()

2. どのような症状ですか？

発熱 (°C) 鼻水 鼻づまり のどの痛み せき たん
 頭痛 関節痛 筋肉痛 腰痛 体がだるい 疲れやすい 不眠
 腹痛 胃痛 吐き気 嘔吐 下痢 便秘 食欲がない
 胸痛 背部痛 動悸 息切れ むくみ めまい しびれ
 血圧が高い コレステロールが高い 血糖値が高い 尿酸値が高い
 その他 ()

3. 紹介状はお持ちですか？

ない ある *受付へご提出下さい。

4. 今までにかかった、または治療中の病気はありますか？

ない ある (下に記入をお願いします)
 糖尿病 高血圧 心臓病 結核 喘息 胃・十二指腸潰瘍
 肝臓病 腎臓病 緑内障 前立腺肥大 その他 ()

5. 現在服用中の薬や市販薬がありますか？

ない ある *現物やお薬手帳などをお持ちの方は受付へご提出下さい。

6. 薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？

ない ある(薬剤名) (食材名)

7. タバコを吸っていますか？

いいえ はい (1日 本) × (年間) 禁煙した (年前から)

8. 女性の方にお伺いします。

妊娠中ですか？ いいえ はい 授乳中ですか？ いいえ はい

9. 本日、特にご希望がありますか？

検査を希望する 点滴を希望する 診断書を希望する

ご協力ありがとうございました。