

# 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	cm	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。