

問診票

年 月 日

お答えできる範囲でご記入ください

フリガナ			
氏名			
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (満 才) 男・女・その他		
ご住所	〒		
電話番号	()	緊急連絡先	()

● 本日来院された理由をくわしくお書きください

いつから……………
どのような症状…

● あなたの普段の生活・体調・仕事などについて、お教えてください

身長 (cm) 体重 (kg)	仕事内容() 勤務時間()時間/日
薬剤アレルギー <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	お酒 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む ()本/日 ()年
薬剤名()	タバコ <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う()本/日 (才)から
副作用()	
睡眠時間 () 時間/日 <input type="checkbox"/> 不眠症	同居家族 <input type="checkbox"/> あり ()人 <input type="checkbox"/> ひとりで生活している
<input type="checkbox"/> 胃腸が弱い <input type="checkbox"/> かぜをひきやすい <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> いびきをかく <input type="checkbox"/> 耳がとおい <input type="checkbox"/> 頭痛持ち <input type="checkbox"/> 生理痛がひどい <input type="checkbox"/> 月経不順 <input type="checkbox"/> 冷え性 <input type="checkbox"/> 便秘症 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アトピー	

● これまでの健康状態などについて、お教えてください

他の医療機関へ通院していますか	<input type="checkbox"/> している(病名・症状・病院名をお書きください) <input type="checkbox"/> していない
これまでにかかった病気	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肺疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> その他()
現在服用している薬やサプリメント	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 薬名 ()
この1年間に受けた検査・検診	<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 大腸カメラ <input type="checkbox"/> その他()
女性の方にお尋ねします。現在妊娠の可能性はございますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない

● この医院を知った経緯をよろしければお教えてください

<input type="checkbox"/> 他院からのご紹介 <input type="checkbox"/> ご友人などからのご紹介 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> その他()
