

問 診 票

年 月 日

ふりがな			男 ・ 女	生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (才)
お名前					
ご住所	〒			電 話	() -

※太枠内すべてご記入ください。

◇今日是什么样的ことで来院されましたか？ また、その症状はいつからですか？ (体温)

(いつから: 症状:) °C

(spo2)

 %

◇次の中から当てはまる症状をお選びください

(インフル接種)

 済・未

熱 寒気 節々の痛み のどの痛み 鼻水 せき (朝/昼/夜/深夜)
 たん 頭痛 どうき 胸の痛み 息苦しさ 胃痛 腹痛 血便 血尿 めまい
 尿が出にくい 身体がだるい 吐き気 嘔吐 (今日 回) 下痢 (今日 回) 医師に相談

◇次の病気にかかったことがありますか？ また、大きな病気や入院をしたことがありますか？

特にない 心臓病 高血圧 腎臓病 糖尿病 肝臓病 喘息 蕁麻疹 花粉症 その他アレルギー疾患
 緑内障 前立腺肥大 大きな病気について いいえ はい (病名:)

◇手術を受けたことがありますか？

いいえ はい (手術名:) それはいつ頃ですか?)

◇現在、治療中の病気はありますか？

いいえ はい (病名:)

◇今服用しているお薬はありますか？

いいえ はい (薬名:)

◇注射、薬、食べ物等のアレルギーはありますか？

いいえ はい (品名:)

◇お酒を飲みますか？

いいえ はい (ビール・ウイスキー・日本酒・焼酎・ワイン) 1日平均 ml、 杯)

◇煙草を吸いますか？

いいえ はい (1日平均 本/喫煙歴 約 年間)

◇家族で大きな病気や慢性の病気にかかった人はいますか？

いいえ はい (誰が: 病名:)

★女性の方におうかがいします

・妊娠していますか？または妊娠の可能性ありますか？ いいえ はい (妊娠 ヶ月)
 ・一番最近の最終月経はいつですか？ 年 月 日から 日間

◇当院を何でお知りになりましたか？

・HP ・SNS ・駅看板 ・ご紹介 (家族・紹介者) ・その他 ()