

問診票

フリガナ		生年月日	大・昭・平	年	月	日
氏名		性別・年齢	男	・	女	歳
住所	〒 (←郵便番号もご記入をお願いします)		職業(業種)	()		
電話番号	携帯: - -	自宅: ()				

ご希望に沿った診療を行うため、お手数ですが以下の太枠内にご記入をお願いします。(太枠より下の欄は任意です)

来院目的 <input type="checkbox"/> 相談・治療 <input type="checkbox"/> ワクチン(種類: ()) <input type="checkbox"/> 健診 <input type="checkbox"/> その他(())
持参された書類 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> お薬手帳(□アプリ) <input type="checkbox"/> 健診報告書・検査結果 <input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> その他(())
以下の当てはまるものに✓をお願いします。 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> その他の部位の痛み(具体的に ()) <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> だるさ <input type="checkbox"/> 咳・たん <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> ゼイゼイする <input type="checkbox"/> リンパの腫れ <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 吐き気・おう吐 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 腹部膨満感 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> 排尿痛 <input type="checkbox"/> 尿の色・泡立ちが気になる <input type="checkbox"/> 便の色・形が気になる <input type="checkbox"/> 血圧が高い <input type="checkbox"/> その他の症状(()) <input type="checkbox"/> 健診で異常を指摘された(() 年 () 月 内容 ())
上記の症状はいつからですか？ (症状複数ある場合は最初の症状が出た時期) :
上記の件で他の医療機関受診を <input type="checkbox"/> してない <input type="checkbox"/> した…医療機関名 () 受診日 () 結果 ()
現在お持ち or 治療中の病気 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある…以下当てはまるものに✓をお願いします <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症・痛風 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> リウマチ・膠原病 <input type="checkbox"/> 腸疾患 <input type="checkbox"/> 癌 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 慢性頭痛(片頭痛など) <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> その他(())
過去にかかった大きな病気 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある…以下当てはまるものに✓をお願いします。 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 気胸 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 胆石 <input type="checkbox"/> 尿管結石 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 癌 <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 腸疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他(())
現在服用している薬 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある…以下にわかる範囲でご記入ください(お薬手帳・アプリをご持参の方は記入不要)
喫煙習慣 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(() 本/日) <input type="checkbox"/> やめた(() 歳～ () 歳、 () 本/日)
飲酒習慣 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(週に () 回程度、種類・量: ()) <input type="checkbox"/> やめた(() 歳～ () 歳)
ご家族の病気 …血縁のご家族について、わかる範囲で(父: 高血圧) のようにご記入下さい。 (() : ()) (() : ()) (() : ()) (() : ())
アレルギー(薬・食物など) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある…該当する薬・食物など(()) ※妊娠中(可能性含む)の方および授乳中の方は、「妊娠中」または「授乳中」を二重丸で囲んで下さい。
妊娠中 …(() 月)・可能性あり 授乳中
普段、健康診断を <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている…以下にわかる範囲でご記入ください。 直近(() 年 () 月)の健診で <input type="checkbox"/> 異常の指摘無し <input type="checkbox"/> 異常の指摘あり(内容 ())
来院のきっかけ (複数の場合は全て✓を入れていただき、最大のきっかけの番号に○をお願いします) 1□ホームページ 2□チラシ 3□新聞折り込み 4□友人・知人・家族の紹介 5□通りがかり 6□その他(())
海外渡航歴(ここ1ヶ月以内) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(期間: () ～ () 渡航先国・地域: ())
運動習慣 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(内容: ()) ペット <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる(種類: ())
睡眠 1日(() 時間) <input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則 日中の強い眠気 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある…週に(())日程度
その他 医師に伝えたいご要望・ご指摘・気がかりな事などありましたら是非ご記載ください。

ご記入ありがとうございます。お疲れ様でした！