

# 問 診 票

月 日 初診 再来

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢( )歳 体温 \_\_\_\_\_℃ BP \_\_\_\_\_

※当クリニックを受診されたきっかけをお聞かせください。

- ・自宅や職場が近い
- ・知人からの紹介
- ・ホームページを見た
- ・たまたま通りかかった
- ・他院からの紹介( \_\_\_\_\_ 病院)
- ・その他( \_\_\_\_\_ )

1. 本日の症状について、あてはまるものに○をつけてください。 いつから( \_\_\_\_\_ )

症状: 発熱 せき 鼻水 鼻閉 たん のどの痛み 腹痛 下痢 便秘  
吐き気 嘔吐(おうと) 頭痛 めまい 食欲がない 食物がつかえる もたれ・むねやけ  
血圧が高い 動悸 呼吸が苦しい 胸痛 だるい 排尿痛・血尿 眠れない  
体重の変化( \_\_\_\_\_ kg 増・減) 健診で再検査項目がある(健診結果があればご提示ください)

その他 \_\_\_\_\_

2. 現在治療を受けていますか？又、以前に受けたことがありますか？ : いいえ

いつ頃: \_\_\_\_\_ 病院名: \_\_\_\_\_  
診断名: \_\_\_\_\_ 入院歴: \_\_\_\_\_ 手術歴: \_\_\_\_\_

3. 現在飲んでいる薬はありますか？ : いいえ

薬名: \_\_\_\_\_ (お薬手帳・説明用紙をお持ちの方はご提示ください)

4. タバコを吸いますか？: 吸う( \_\_\_\_\_ 本/日を \_\_\_\_\_ 年間)、以前吸っていた( \_\_\_\_\_ 本/日を \_\_\_\_\_ 年間)  
吸ったことがない

5. アルコールを飲みますか？ : いいえ

ビール( \_\_\_\_\_ 本/日)、日本酒( \_\_\_\_\_ 合/日)、焼酎( \_\_\_\_\_ 合/日)、ウイスキー( \_\_\_\_\_ 杯/日)  
その他( \_\_\_\_\_ を \_\_\_\_\_ 杯/日)

6. 薬や食べ物にアレルギーはありますか？ : いいえ

薬名: \_\_\_\_\_ 食べ物: \_\_\_\_\_

7. (女性の方へ) 妊娠の可能性はありますか？ : はい・ いいえ・ 授乳中

8. ご家族(祖父母、父母、兄弟、子供)の中に病気で亡くなった方や、重い病気にかかった方はいますか？  
(例: 父が〇〇で〇〇歳で死亡)

9. あなたの職業を具体的にお書きください(過去の職業でもかまいません)。

10. その他、相談したいことがあればご記入ください(裏面もご利用ください)。

ご記入有難うございました