

問 診 票

この用紙は診療を適切に行うための問診票です。お分かりになる範囲で結構ですのでご記入ください。
わからない所があれば職員にお尋ねください。

ふりがな
氏名： _____ 性別：男・女 生年月日：T・S・H 年 月 日(歳)

ふりがな
〒
住所： _____ 電話番号：(_____) _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg

(1) 今日は何の様なことでおいでになりましたか？

症状：

- | | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 熱がある (体温 _____ °C) | <input type="checkbox"/> のどが痛い | <input type="checkbox"/> 咳が出る | <input type="checkbox"/> のどが渇く |
| <input type="checkbox"/> 頻回に尿に行く | <input type="checkbox"/> 体重が減った | <input type="checkbox"/> 腹痛 | <input type="checkbox"/> 下痢 |
| <input type="checkbox"/> はきけ | <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> おなかが張る | <input type="checkbox"/> 便に血が混じる |
| <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> むくむ | <input type="checkbox"/> 食欲が無い |
| <input type="checkbox"/> 疲れやすい | <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 胸が痛い | <input type="checkbox"/> 胸の圧迫感 |
| <input type="checkbox"/> 息切れがする | <input type="checkbox"/> だるい | <input type="checkbox"/> しびれる | <input type="checkbox"/> 発疹がでた |
| <input type="checkbox"/> その他(_____) | | | |

その症状はいつからですか？(_____)

(2) これまでに大きな病気をされたことはありますか？

いいえ・はい(病名は… _____)

(3) 今までに入院したり手術や輸血を受けたことはありますか？

いいえ・はい(具体的に… _____)

(4) 薬や食べ物でアレルギーなどを起こしたことはありますか？

いいえ・はい(薬・食べ物はなんですか _____)

(5) 現在服用中の薬はありますか？

いいえ・はい(薬品名… _____)

(6) 生活習慣についてお尋ねします。

○アルコールを飲まれますか？

いいえ

はい(時々、2～3日おき、1～2日おき、ほぼ毎日、 _____ 年間)

日本酒(_____ 合)、ビール(_____ ml)、ウイスキー(_____ ml)

焼酎(_____ ml)

○タバコは吸いますか？

いいえ・はい(_____ 本/日を _____ 年間)

(7) 女性の方にお伺いします。妊娠していますか、またその可能性はありますか？

いいえ・はい(妊娠 _____ ヶ月)

○授乳中ですか？

いいえ・はい

ご協力ありがとうございました。

なかじま内科クリニック

(DDまっぷホームページより印刷)