

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"/> のどが渴く |
| <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