

問診票

確認	確認

ご記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日 性別	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
お名前		自宅電話			
		携帯電話			
		職業			
ご住所	〒				

該当する項目に☑チェックを付けてお答えください。

今日は どうされましたか？	風邪症状	<input type="checkbox"/> 熱がある(°C) <input type="checkbox"/> 咳が出る <input type="checkbox"/> 鼻水が出る <input type="checkbox"/> たんが出る <input type="checkbox"/> 喉が痛い <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 寒気
	腹部症状	<input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 食欲がない
	胸部症状	<input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 胸が苦しい <input type="checkbox"/> 圧迫感 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息苦しい
	その他症状	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> いびき(無呼吸)
	皮膚症状	<input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み
	紹介状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(病名:)
	その他	<input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 禁煙外来 <input type="checkbox"/> 検診の精査希望
※上記の症状に当てはまらない場合等はこちらへご記入ください。		
症状はいつからですか？	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> その他() 頃から	
現在治療中の病気、 または 過去に治療を受けた 病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※「ある」とお答えの方 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 心臓疾患(不整脈も含む) <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> その他()
飲んでいる お薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※「ある」とお答えの方 薬品名() ●お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください。
お薬や食品で アレルギーが出たことは ありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※「ある」とお答えの方 薬品名() 食品名()
手術をされたことは ありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※「ある」とお答えの方 いつ頃() 部位()
たばこは吸いますか？	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う(1日に 本、約 年間) <input type="checkbox"/> 過去に吸っていた	
お酒は飲みますか？	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む(週に 回、1回 杯、お酒の種類:)	
女性の方へ	<input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 妊娠中()カ月 <input type="checkbox"/> 授乳中	
海外渡航歴(1カ月以内)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
当院を知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> インターネット	

ご協力ありがとうございました。問診票の情報は診療以外の目的に使用することはありません。



—— 内科・リウマチ科・呼吸器内科 ——

拜島やまかみクリニック

HAIJIMA YAMAKAMI CLINIC