

No. _____

問 診 票

年 月 日

ふりがな お名前	様	男女	生年月日	
			年	月 日 (歳)
お電話	-	携帯	-	-
ご住所	〒	-		

今日はどのような症状でいらっしゃいましたか。

- 発熱 (最高 °C) せき のどの痛み 痰 (色) 鼻水・鼻づまり
頭痛 悪寒 関節痛 倦怠感 胸痛・胸部圧迫感 動悸・息切れ
めまい・たちくらみ 湿疹 くしゃみ 花粉症 アレルギー ()
腹痛 胃痛 はき気・嘔吐 便秘 下痢 むくみ 膀胱炎
その他症状

本日の体温

.....・体温 _____ °C

- その症状はいつ頃から始まりましたか。 _____年 _____月 _____日
- その症状のために他院で診てもらいましたか。
いいえ
はい 病院名 (.....)・ _____年 _____月 _____日・病名 (.....)
- 健康診断は受診していますか。 いいえ はい 最後に健診した日 (.....年 _____月 _____日)
- 現在治療中の病気はありますか。
いいえ はい 病名 (.....)・ (.....)
- 現在飲んでいるお薬はありますか
いいえ はい ⇒お薬手帳を受付へお渡し下さい。またはアプリがある。
⇒お薬手帳忘れ、飲んでいるお薬名をご記入下さい (.....)
- 今までに、病気にかかったことがありますか。
いいえ はい (.....) 歳 病名 (.....)
(.....) 歳 病名 (.....)
- 薬や食品のアレルギーはありますか。
いいえ
はい 薬品 (.....)・食品名 (.....)
- 現在、おたばこは吸いますか。また以前吸っていたことはありますか。
いいえ はい (1日本 / いつから歳から)
以前吸っていたことはある (1日本 /歳 ~歳)
- ご両親、ご兄弟の方で以前病気にかかった方、または現在病気にかかって治療中の方はいらっしゃいますか。
いいえ
はい 病名 (.....) (治療中) ・ 病名 (.....) 治療中
- <女性の方のみ> 現在妊娠していますか。
いいえ 不明 はい (.....) 週 、授乳中ですかはい / いいえ

(身長 _____ c m ・ 体重 _____ k g)

血圧 _____ SpO2 _____

当診療所では、問診票を適切な医療の提供を目的にご記入いただいております。詳細なご記入をお願い致します。尚、この問診票は重要な個人情報として大切に保管致します。

医療法人社団 快晴会
すがも北口内科クリニック