

ID:

問診票

2025(令和7年)年 月 日

ふりがな		男 女	生年月日	
お名前			年	月
お電話番号	ご自宅	ご住所 〒		
	携帯			

本日の体温 _____℃

① 今日どのような症状でいらっしゃいましたか。

- 発熱(月 日から / 最高 _____℃ 月 日)
 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(_____) 胃痛
 便秘 下痢 むくみ 膀胱炎 吐気・嘔吐
 その他症状(_____)

・ その症状はいつ頃から始まりましたか。 _____年 _____月 _____日ごろから

・ その症状のために他院で診てもらいましたか。 病院名または診療科 _____ 病名 _____

いいえ はい _____年 _____月 _____日 _____

・ その症状のためにお薬を飲みましたか。(市販薬含)

いいえ はい お薬名 _____

② 健康診断は受診していますか。 いいえ はい _____年 _____月 _____日

③ 今までに、病気にかかったことはありますか。また現在治療中の病気はありますか。

いいえ はい _____歳 病名 _____ 治療中 / _____歳 病名 _____ 治療中

・ 普段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。

お薬手帳忘れ、またはアプリの方は飲んでいるお薬名をご記入ください。

お薬名 _____

④ 薬や食品のアレルギーはありますか。

いいえ はい お薬名 _____ / 食品名 _____

⑤ 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がある 1日 _____本 / _____歳～ _____歳まで

⑥ ペットを飼っていますか。 いいえ はい 種類 _____

⑦ ご両親、ご兄弟の方で以前病気にかかった方、または現在治療中の方はいらっしゃいますか。

いいえ 不明 はい 病名 _____ 続柄 _____ / 病名 _____ 続柄 _____

⑧ <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 いいえ はい

当院記入欄

血圧 _____ SpO2 _____ P _____

ご職業 _____

身長 _____ cm

体重 _____ kg

当院診療では、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。

医療法人社団快晴会すがも北口内科クリニック