

問 診 票

ID _____

年 月 日

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日

1. 本日の診療内容についてお書き下さい。

① 症状はいつからですか。 ()

② 本日の診療内容について、該当項目に○をつけてください。

・喉の痛み	・咳	・鼻水	・頭痛	・吐き気	・下痢	・嘔吐	・だるさ
・寒気	・痰	・鼻づまり	・胃痛	・腹痛	・関節痛	・血尿	・血便
・花粉症	・膀胱炎						
・健康診断から治療、精密検査		・禁煙外来(自費になる場合有り)					
*体温 (院内)			℃ (院外)			℃ (時頃)	

保険診療外 ・健康診断 ・にんにく注射(2750円)
・ピロリ菌外来

③ 上記以外または医師に伝えたい健康状態、質問相談等あれば詳しくお書き下さい。

例) 胃カメラ希望、大腸内視鏡検査希望 など

2. 最近、海外から帰国されましたか。 (いいえ ・ はい (いつ頃: 渡航先:))

3. 現在治療中または過去に指摘された病気はありますか。

・ いいえ

 ・高血圧 ・糖尿病 ・緑内障 ・喘息 ・肝臓病 ・腎臓病
 ・高脂血症 ・痛風 ・心臓病 ・貧血 ・胃潰瘍 ・甲状腺疾患
 ・その他 ()

4. 現在、内服中のお薬はありますか。

いいえ ・ はい ※「はい」の方は以下へご記入ください。

()

*服用中のお薬がございましたら、お薬手帳と本紙を一緒に受付へお出しください。

5. 入院、手術歴はありますか。

いいえ ・ はい ※「はい」の方は以下へご記入ください。

()

6. 今までに、薬によるアレルギーがでた事がありますか。

いいえ ・ はい (「はい」の方は以下へご記入ください。)

()

7. 今までに、薬以外によるアレルギーがでた事がありますか。

いいえ ・ はい (「はい」の方は以下へご記入ください。)

()

8. 女性の方のみお答え下さい。

- ・ 妊娠の可能性はありますか (いいえ ・ はい)
- ・ 妊娠中ですか (いいえ ・ はい _____ 週目)
- ・ 授乳中ですか (いいえ ・ はい)