

受付番号：

カルテ番号：

記入日 年 月 日

問診票

フリガナ

お名前 (男・女) 生年月日 T, S, H 年 月 日 (歳)

ご住所 TEL(自宅) (携帯)

1. 今日はどうされましたか？

体調が悪い(頭痛・腹痛・気分が悪い・だるい・めまい・嘔吐・下痢・熱が_____℃である)

糖尿病・血圧・コレステロールなどの相談、検査の希望(_____)

健診で異常を指摘された(_____)

その他(_____)

2. いつから、どのような症状でしたか？

いつから _____

どのような症状 _____

3. 現在、他の病院にかかっていますか？ (いいえ・はい)

いつから _____

病名は _____

4. 今までにかかったことのある病気はありますか？ (無・有)

(『有』の場合) 糖尿病 高血圧 がん(部位_____)

甲状腺の病気
その他 _____

5. ご家系の方々に病気にかかったことのある方がおられますか？ (無・有)

(『有』の場合) 糖尿病 高血圧 がん(部位_____)

甲状腺の病気
その他 _____

6. 薬や食べ物アレルギー、副作用で使えない薬はありますか？ (無・有)

(『有』の場合) 薬品名・食品 _____

7. 輸血をされたことはありますか？ (無・有:いつ _____)

8. お酒は飲みますか？ 飲まない・付き合い程度・飲む(種類 _____、1日 _____ mL)

9. タバコは吸いますか？ 吸わない・以前吸っていた・吸う(1日 _____ 本、年間 _____)

10. (女性の方へ) 現在、妊娠・授乳はしていますか？

妊娠(いいえ・はい: 現在 妊娠 _____ 週、予定日 _____)、授乳(いいえ・はい)

月経の状態 普通・不順・閉経(時期: _____ 歳から)、その他 _____

11. これまでに当院の院長 布上朋和 の診察を受けたことがありますか？

(いいえ・はい: 具体的にお書き下さい _____)

以上です。ありがとうございました。

(こちらはご記入不要です)

| 体温 | 血圧 | 脈拍 | 身長 | 体重 |
|----|------|----|----|----|
| ℃ | mmHg | /分 | cm | kg |

