

問 診 票

記入日： 年 月 日

体温：()℃

ふりがな 氏名	生年月日 大・昭・平	性別
	年 月 日 () 歳	男・女
住所 〒		
連絡先：		緊急連絡先（左記以外）：

受付確認記入 ☒ ☐ 14日以内に発熱症状があった方 () 日前 (最高：)℃

☐ 新型コロナウイルス感染症の方と接触した可能性がある方 ☐ 14日以内に海外に渡航・居住していた方

● 本日はどのような症状で来院されましたか？ 以下のあてはまる症状に✓を付けてください

症状はいつから… () 日前から

- ☐ 倦怠感 ☐ 頭痛 ☐ 咽頭痛 ☐ 胸痛 ☐ 腹痛 ☐ 筋肉痛 ☐ 関節痛・こわばり
- ☐ せき・たん ☐ 鼻水・鼻づまり ☐ しびれ ☐ むくみ ☐ 皮疹 ☐ 目・口が渇く ☐ 食欲がない
- ☐ 動悸 ☐ 息切れ ☐ めまい・ふらつき ☐ 吐き気・嘔吐 ☐ 下痢・便秘
- ☐ 健診で異常を指摘 ()
- ☐ 甲状腺を調べたい ☐ 血圧が高い (/ mmHg) ☐ その他 ()

● 現在治療中の病気はありますか？ ☐ あり ☐ なし

通院中の病院を教えてください () 病院・クリニック () 科)

- ☐ 高血圧 ☐ 高脂血症 ☐ 糖尿病 ☐ 甲状腺 ☐ 腎臓病 ☐ 脳梗塞 ☐ 不整脈 ☐ 心臓病 ☐ ぜんそく
- ☐ 緑内障 ☐ 不眠 ☐ 骨粗しょう症 ☐ 関節リウマチ ☐ 前立腺肥大 ☐ 痛風 (尿酸値が高い)
- ☐ その他 具体的にお願いします ()

● 今までに病気、入院、手術をされたことはありますか？ ☐ あり ☐ なし

※ いつ ※ 病名

※ 病院名

● いま飲んでいるお薬はありますか？ (市販薬を含む) ☐ あり ☐ なし

()

● 薬や食べ物などのアレルギーや副作用の既往はありますか？ ☐ あり ☐ なし

()

● 生活習慣についてお聞きします

・お酒 ☐ 飲まない ☐ 飲む (量：)/日 頻度：)/週

・たばこ ☐ 吸わない ☐ 吸う (1日)本 ()歳から ☐ 禁煙した ()年前から

・たばこをやめたいと思いますか (☐ 今すぐやめたい / ☐ 今後やめたい / ☐ やめたいと思わない)

● 家族がかかった病気 糖尿病 () 心臓病 () 脳梗塞 ()

例) がん (父・叔母) がん () 甲状腺 () その他 ()

● 当院を何でお知りになりましたか？

☐ 自宅・職場から近い ☐ 他院からの紹介 ☐ 家族・知人からの薦め ☐ 看板・ホームページをみて

☆ 女性の方にお聞きします

☐ 妊娠の可能性がある方 ☐ 妊娠中の方 (現在)カ月 ☐ 授乳中の方

ご記入いただいた個人情報は患者様への医療サービス提供をはじめ、当院からの連絡、季節のご挨拶、講演会などのご案内に利用させて頂いております。なお、患者さまに安心して医療を受けていただくために個人情報の取り扱いには万全の体制で取り組んでおります。

ご記入ありがとうございました。お手数おかけしますが、受付にお渡しください。

