

問診表

日付：_____年____月____日

1. 基本情報

(フリガナ)

お名前：_____ 生年月日：_____年____月____日 (満 ____歳)

性別： 男 女

住所：〒_____

電話番号 (自宅/携帯)：_____

2. 受診の目的・症状

痛いところがありますか？ (該当する部位にチェック)

痛み (頭 のど 胸 お腹 背中 その他 (_____))

熱 鼻水 / 鼻づまり 咳 / たん 吐き気 胸やけ 動悸 / 息切れ 心臓が気になる

胃が痛い / お腹が痛い 胃がもたれる 便に血がまじる 便秘 下痢

食欲低下 尿に血がまじる 尿が近い (頻尿) 排尿時の痛み むくみ めまい 不眠

かゆみ 血圧が気になる 健康診断を希望 その他 (_____)

いつ頃から：_____

症状の程度 とてもつらい 我慢できる 軽い ほとんど気にならない

3. 既往歴 (これまでかかった主な病気・手術)

4. アレルギー・服用中の薬

ない ある → 具体的に：_____

現在服用中の薬 (サプリメント含む)：_____

※女性の方へ 妊娠中、または妊娠の可能性はありますか？ 授乳中ですか？

ない ある (週数：____週) わからない 授乳中

5. 喫煙習慣： なし 過去に喫煙 (やめた時期：_____) 喫煙中 (____本/日)

飲酒習慣： なし 時々 (週____回) 毎日 (____合/日)

6. 当院をどちらでお知りになりましたか？

インターネット 看板 知人 通りがかり その他 (_____)

7. 医師に伝えたいこと・不安や疑問点

※ご協力ありがとうございました。