**問診表**

　　年　　月　　日

ふりがな

お名前　　　　　　　　　　　　　年齢　　　　才　　　性別

身長　　　　　　cm 体重　　　　kg

☆マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？　（はい　・　いいえ）

☆**今日は、どのような症状がありますか？**

以下の症状で当てはまるものを○で囲んで下さい。

・全身の症状⇒　　　　 熱がある（　　　℃）　寒気がする　体が熱い

　　　　　　　　　　　　頭痛がある　体の節々が痛い　発疹がある　メマイがする

　　　　　　　　　　　　寝つきが悪い　途中で目が覚めてしまう

・鼻・のど・胸の症状⇒ のどが痛い　咳が出る　痰が出る　鼻水が出る　鼻づまり

　　　　　　　　　　　　くしゃみが出る　ゼイゼイ息切れする　動悸がする

　　　　　　　　　　　　息苦しい　胸が締め付けられる

・おなかの症状⇒　　　 吐き気　嘔吐　胃痛　腹痛　おなかが張る　下痢　便秘

　　　　　　　　　　　　食欲がない

☆**症状がはじまったのは、いつからですか？**

　数時間前から　　昨日から　　２、３日前から　　1週間前から　　１ヵ月前から

数ヶ月前から　　１年前から

☆**現在、他の病院にかかられていますか？**　　　　　　　　　　　（はい　・　いいえ）

　はい　と答えた方は、お答え下さい。　　　　病名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院名

　飲んでいる薬があれば教えて下さい。　　　　薬名

☆**薬や注射・食品でアレルギーを起こしたことがありますか？**　　　（ある　・　ない）

　ある　と答えた方は、お答え下さい。　　　　いつ頃？

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　薬名・食品名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　症状は？

☆**これまでに大きな病気・入院・手術をしたことがありますか？**　　（ある　・　ない）

　ある　と答えた方は、お答え下さい。　　　　いつ頃？

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病名

☆**女性の方にお聞きします。**

　生理は　（順調　・　不順）　生理痛は　（ある・　ない）　最終月経は？（　　月　　日頃）

☆**ご家族に以下の病気の方がいますか？　　当てはまるものを○で囲んで下さい。**

　高血圧　・　糖尿病　・　心筋梗塞・　狭心症　・　脳梗塞　・　不整脈　・高脂血症

胃癌　・　大腸癌　・　乳癌　・　前立腺癌

☆**嗜好品についてお聞きします。**

　アルコールは？（ビール・焼酎・日本酒・ウイスキー・ワインを　　　ml ・　杯／ 日）

　たばこは？（　　本／日）

☆**ご家族のどなたかが当院に受診されたことがありますか？**（はい・いいえ）

※ご協力ありがとうございます。問診表は受付スタッフにお渡し下さい。