

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 (°C) 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

☆症状がはじめたのは、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。