

# 問 診 票

(お待ちいただく時間を少しでも短くするためのものです。

年 月 日 ( )

不明な点は省略してください。詳しくは診察室でお聞きします。)

事務記入欄 ID : \_\_\_\_\_

フリガナ		ご住所	〒	—
お名前		男/女		
生年月日	明治/大正	年	月	日
	昭和/平成	電話番号	( )	—
		携帯電話	( )	—

## 1. どうなされましたか？

次のような症状がある。

発熱  咳  鼻水  のどの痛み  倦怠感 (体のだるさ)  ふらつき, めまい

頭痛  腹痛  胃痛  吐き気, 胸やけ  便秘  下痢  肛門痛, 痔

食欲不振  体重の減少  動悸 (どうき)  息切れ, 息苦しさ  眠れない

腰痛  膝痛  肩痛  頻尿  頭髪がよく抜ける  発疹 場所 : \_\_\_\_\_

その他 \_\_\_\_\_

これまで受けてきた治療の継続を希望する。

病名: \_\_\_\_\_

健康診断などで精密検査をうけるように言われた。

具体的に: \_\_\_\_\_

検査希望

検査名: \_\_\_\_\_

その他 \_\_\_\_\_

## 2. 症状のある方はいつ頃から具合が悪くなりましたか？

## 3. これまでにかかった病気や現在治療中の病気はありますか？

はい 具体的に: \_\_\_\_\_

いいえ

## 4. 現在、何かお薬を飲んでいますか？

はい 具体的に: \_\_\_\_\_

いいえ

## 5. くすりや食べ物でアレルギーを起したことがありますか？

はい 具体的に: \_\_\_\_\_

いいえ

## 6. 女性の方だけにお伺いいたします。

現在、妊娠していますか？  はい  いいえ  わからない

現在、授乳中ですか？  はい  いいえ

## 7. どなたかのご紹介で来られましたか？

はい お名前: \_\_\_\_\_

いいえ

クリニック 使用欄	身長	cm	体重	kg	体温	℃
--------------	----	----	----	----	----	---

ご記入ありがとうございました。