

問診票

フガナ

氏名 _____ (_____ 歳) 性別: 男・女

生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

*受診歴のある方は、1 から記入してください

住所 〒 _____ 電話: 自宅 _____ 携帯 _____

現在の体温 _____ 度 身長 _____ cm 体重 _____ kg

1. どのような症状がありますか? 症状はいつからですか? (_____ 日前から)

熱がある ・ 鼻水がでる ・ のどが痛い ・ 咳が出る ・ 痰が出る ・ だるい

頭が痛い ・ 関節が痛い ・ 動悸がする ・ お腹が痛い ・ 嘔吐 ・ 下痢

尿が近い ・ 尿が出しにくい ・ 血尿がある ・

その他 (_____)

2. 現在治療中または今までかかったことのある病気はありますか?

●生活習慣病 (高血圧 脂質異常症 (高脂血症) 糖尿病 高尿酸血症 (痛風))

●心臓の病気 (狭心症 心筋梗塞 不整脈 心不全 その他: _____)

●呼吸器の病気 (喘息 慢性閉塞性肺疾患(COPD) その他: _____)

●消化器の病気 (胃腸疾患 (_____) 肝臓疾患 (_____) その他: _____)

●脳の病気 (脳梗塞 脳出血 くも膜下出血 その他: _____)

●腎臓の病気 (_____) 前立腺肥大 緑内障 その他: _____

3. 現在内服中のお薬はありますか? はい (_____) ・ いいえ

4. タバコを吸いますか? はい (_____ 歳~) ・ いいえ ・ やめた(_____ 歳~ _____ 歳)

5. お薬や食べ物でアレルギーはありますか? はい (_____) ・ いいえ

6. 妊娠されていますか? はい ・ いいえ 現在授乳中ですか? はい ・ いいえ

7. 本日上記の症状以外に相談したいことはありますか? はい ・ いいえ

8. 当院に来院されたきっかけを教えてください。

近所 紹介(紹介元: _____) ホームページ その他(_____)