

問 診 票

ID _____

年 月 日

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日

1. 本日の診療内容についてお書き下さい。

① 症状はいつからですか。 [_____]

② 本日の診療内容について

- | | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 喉の痛み | <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> 鼻水 | <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> 寒気 | <input type="checkbox"/> 痰 | <input type="checkbox"/> 鼻づまり | <input type="checkbox"/> 胃痛 | <input type="checkbox"/> 腹痛 | <input type="checkbox"/> 関節痛 | <input type="checkbox"/> 血尿 |
| <input type="checkbox"/> 健康診断から精密検査 | <input type="checkbox"/> 禁煙外来 | | | | | |

*体温 (院内) °C (院外) °C (時頃)

- ③ 保険診療外 健康診断 ピロリ菌外来
 プラセンタ(2100円) にんにく注射(2575円)

④ 上記以外または医師に伝えたい健康状態、質問等あれば詳しくお書き下さい。

2. 10日以内に海外渡航歴がありますか。 いいえ ・ はい (国名: _____)

3. 現在治療中または過去に指摘された病気はありますか。

- いいえ
- | | | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 緑内障 | <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> 肝臓病 | <input type="checkbox"/> 腎臓病 |
| <input type="checkbox"/> 高脂血症 | <input type="checkbox"/> 痛風 | <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> 貧血 | <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 | <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 |
| <input type="checkbox"/> その他 [_____] | | | | | |

4. 現在、内服中のお薬はありますか。

いいえ ・ はい ※「はい」の方は以下へご記入ください。

[_____]

*服用中のお薬がございましたら、お薬手帳と本紙を一緒に受付へお出しください。

5. 入院、手術歴はありますか。

いいえ ・ はい ※「はい」の方は以下へご記入ください。

[_____]

6. 今までに、薬によるアレルギーがでた事がありますか。

いいえ ・ はい (「はい」の方は以下へご記入ください。)

[_____]

7. 今までに、薬以外によるアレルギーがでた事がありますか。

いいえ ・ はい (「はい」の方は以下へご記入ください。)

[_____]

8. 女性の方のみお答え下さい。

- ・ 妊娠の可能性はありますか (いいえ ・ はい)
- ・ 妊娠中ですか (いいえ ・ はい _____ 週目)
- ・ 授乳中ですか (いいえ ・ はい)