

# 問診票

ID

年 月 日

住所	〒 _____	電話番号	_____		
		緊急連絡先	_____		
氏名	(フリガナ)	性別	男	女	
	_____	生年月日	明/大/昭/平	年	月 日 歳
たばこ…吸い始めてから ( ) 年、1日 ( ) 本		お酒…何を ( ) どのくらい( )			

- ① 本日はどうなさいましたか？お越しいただいた理由に該当する症状を○で囲んでください。
- 発熱 ( ) 度)      頭痛      のどの痛み      咳      鼻水      寒気      動悸  
 息苦しい      腹痛      吐き気      おうと      下痢      便秘      糖尿病      高血圧  
 コレステロール      健康診断      更年期 (女性)      更年期 (男性)      認知症  
 発熱の方へ・・・      周囲にインフルエンザの方はいらっしゃいましたか      はい      いいえ  
 その他 ( )
- ② それらはいつから症状がみられますか？  
 今日      昨日      おととい  
 その他 ( ) 年前、      か月前、      週間前、      日前ごろ)
- ③ お手数をおかけ致しますが、次の質問にお答えください。該当する方を○で囲んでください。
- 1 今までに大きな病気、手術、大けがのご経験はございますか？  
 いいえ      はい→ ( )
  - 2 現在、治療中の病気はございますか？☆お薬手帳などがございましたらお渡してください  
 いいえ      はい→ ( )
  - 3 注射が合わなかったり、調子が悪くなったことはございますか？  
 いいえ      はい→ ( )
  - 4 薬を飲んで発疹がでたり、気分が悪くなったことはございますか？  
 いいえ      はい→ ( )
  - 5 今までにアレルギーといわれたことはございますか？  
 いいえ      はい→ ( )
  - 6 喘息やじんましんをおこしたことはございますか？  
 いいえ      はい→ ( )
  - 7 (女性の方のみ) 妊娠または妊娠の疑い、または授乳中ですか？  
 いいえ      はい→ ( )
  - 8 今回ちとせ船橋駅前内科にご来院頂いた理由をお聞かせください。  
 インターネット      広告      看板      親族・友人の紹介      その他 ( )