

## 問診票

令和 年 月 日

ID No. \_\_\_\_\_

フリガナ			生年月日	
氏名	様	男・女	T S H	年 月 日
住所			電話番号	
〒			( )	
体温	身長	体重	血圧	
℃	cm	kg	/ mmHg	
今日はどうされましたか？ <input type="checkbox"/> 他院からの紹介（紹介状 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし） <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 健診異常 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> ケガ <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 血便・下血 <input type="checkbox"/> 肛門痛・かゆみ <input type="checkbox"/> 胃カメラ希望 <input type="checkbox"/> 大腸カメラ希望 <input type="checkbox"/> その他症状（ ）				
それはいつ頃からですか？ <input type="checkbox"/> 昨日から <input type="checkbox"/> 2～3日前から <input type="checkbox"/> その他（ ）		何か対処されましたか？（薬の服用や他の医療機関など） <input type="checkbox"/> なにもしていない <input type="checkbox"/> 他院に受診した <input type="checkbox"/> 市販薬を飲んだ <input type="checkbox"/> その他（ ）		
現在治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ぜん息 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> その他（ ）			服用中の薬はありますか？ なし・あり（ ） お持ちでしたら診察時に見せて下さい	
過去に重大な病気・治療・手術を受けたことがありますか？ なし・あり（ ）			それはいつ頃ですか？	
アレルギーはありますか？ なし・あり <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> ハウスダスト <input type="checkbox"/> 薬（ ） <input type="checkbox"/> 食品（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）			現在妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（ 週） <input type="checkbox"/> 可能性あり	
その他気になることがあればご記入ください。				
当クリニックをどこでお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> 通りすがり <input type="checkbox"/> 内覧会に来たから <input type="checkbox"/> さいたま市ガイド <input type="checkbox"/> その他 ( )				

ご記入しましたら受付窓口までお持ち下さい。