

問診票

来院時の体温 (. °C)

記入日: 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳)
氏名			電話番号	
住所	〒			
職業		身長・体重	() cm () kg	

本日はどうされましたか？	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰(色:) <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 熱(. °C) <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> アレルギー症状 <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 禁煙外来 <input type="checkbox"/> その他()
ご希望の検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
症状はいつ頃からですか？	約() <input type="checkbox"/> 日前～ <input type="checkbox"/> 週間前～ <input type="checkbox"/> ヶ月前～ <input type="checkbox"/> 年前～
現在治療中の病気や過去に手術・治療を受けられたことはありますか？	病 気: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> その他() 手術歴: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(歳頃 術名:)
現在服用している薬はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(お薬名:) ※お薬手帳があればご提出下さい
食べ物・花粉・お薬でのアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> お薬() <input type="checkbox"/> 食べ物() <input type="checkbox"/> 花粉() 症状: 【 】
喫煙と飲酒について	喫煙: <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う()本/日×()歳～()年間 <input type="checkbox"/> 禁煙した(年前に禁煙)それまで()本/日×()年間 飲酒: <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む(頻度:週 回 / 種類・量:)
ペットを飼っていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()
最近、海外又は温泉に行きましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(頃 場所:)
女性の方へ	<input type="checkbox"/> 現在妊娠中(週) <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性ある <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> 特になし
当院を知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> 他医療機関からの紹介() → 紹介状あり・なし <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 知人・家族 <input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> その他()